

TITRES

et

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Docteur Charles MATTEI

Professeur Supplément à l'Ecole de Médecine de Marseille

1924

PREMIERE PARTIE

TITRES et FONCTIONS

I - TITRES et GRADES UNIVERSITAIRES -

Baccalauréat, Lettres-philosophie, juillet 1905.

Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, juillet 1906.

Préparateur de Pathologie interne et générale à l'Ecole de Médecine (1911-1914).

Moniteur d'Histologie normale et pathologique au Laboratoire de l'Ecole de Médecine
(1910-1919)

Chef de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine (Concours du 6 Juillet 1914).

Professeur Suppléant à l'Ecole de Médecine (Concours devant la Faculté de Montpellier)
(31 Juin 1920).

Chargé du Cours d'Anatomie Pathologique et Pathologie expérimentale (1920-1921)

Chargé d'un Cours d'Anatomie Pathologique depuis 1922.

Professeur d'Histologie à l'Ecole dentaire.

II - TITRES HOSPITALIERS -

Externe des Hopitaux (Concours 1908)

Interne des Hopitaux (Concours 1910)

Médecin des Hopitaux (Concours 7 Juin 1920)

III - TITRES HONORIFIQUES -

Prix des Internes (1915)

Prix Rampal (1918)

Médaille d'argent des épidémies du Ministère de la Guerre (Septembre 1917)

Prix Sirus-Pirondi (1923)

Membre de la Réunion Biologique de Marseille (filiale de la Société de Biologie de Paris)

Membre de l'Association française d'Urologie

Secrétaire Général de la Revue Médicale de France et des Colonies"

TITRES et FONCTIONS

I - TITRES et GRADES UNIVERSITAIRES -

Docteur en lettres-philosophie, Juillet 1906.

Praticien d'études physiques, chimiques et naturelles, Juillet 1906.

Préparateur de Pathologie interne et générale à l'école de Médecine (1911-1914).

Docteur d'Histoire normale et pathologique au Laboratoire de l'école de Médecine (1910-1912)

Chef de Clinique Médicale à l'école de Médecine (Commence en 8 Juillet 1914).

Professeur Suppléant à l'école de Médecine (Commence devant la Faculté de Médecine) (21 Juin 1920).

Chargé du Cours d'Anatomie Pathologique et Pathologie expérimentale (1920-1921)

Chargé d'un Cours d'Anatomie Pathologique depuis 1922.

Professeur d'Histoire à l'école dentaire.

I - TITRES HONORIFIQUES -

Docteur des Hospices (Commence 1908)

Interne des Hospices (Commence 1910)

Médecin des Hospices (Commence 7 Juin 1920)

II - TITRES HONORIFIQUES -

Prix des Internes (1912)

Prix Rappet (1912)

Médaille d'argent des épidémies du Ministère de la Guerre (Septembre 1917)

Prix Girard-Roussin (1922)

Membre de la Réunion Biologique de Marseille (Membre de la Société de Biologie de Paris)

Membre de l'Association Française d'Hygiène

ENSEIGNEMENT

à l'ECOLE de MEDECINE -

Conférences d'Histologie normale et pathologique durant les années 1910, 1911, 1912, 1913 et 1914.
Cours d'Anatomie pathologique et de Pathologie expérimentale en 1920, 1921, 1922, pendant les deux semestres de l'année; en 1923, 1924, pendant le semestre d'hiver.
Démonstrations pratiques d'Histologie normale et pathologique en 1920, 1921 et 1922.
Cours d'Histologie normale à l'Ecole dentaire en 1922, 1923, 1924.

à l'HOPITAL -

Conférences de préparation à l'Internat 1912, 1913, 1914, 1919, 1920.
Conférences et exercices pratiques de Sémiologie en 1919 et 1920.
Conférences de préparation au Concours de Médecin des Hôpitaux 1920, 1921, 1922.
Cours de Clinique Propédeutique médicale de l'Ecole de Médecine en 1923 et 1924.

CONFÉRENCES et COURS DIVERS -

Cours de Pathologie générale élémentaire en 1922 et 1923.
Cours d'Hygiène élémentaire 1924
à l'Ecole d'Infirmières Visiteuses d'Hygiène de Marseille.

A L'ECOLE DE MEDICINE

Conférences d'histologie normale et pathologique durant les années 1910, 1911, 1912, 1913 et 1914.
Cours d'anatomie pathologique et de pathologie expérimentale en 1910, 1911, 1912, 1913, 1914 pendant la semaine d'hiver.
Démonstrations pratiques d'histologie normale et pathologique en 1910, 1911 et 1912.
Cours d'histologie normale à l'école générale en 1912, 1913, 1914.

A L'HOPITAL

Conférences de préparation à l'internat 1912, 1913, 1914, 1915, 1916.
Conférences et exercices pratiques de bactériologie en 1910 et 1911.
Conférences de préparation au concours de Médecin des Hôpitaux 1910, 1911, 1912, 1913.
Cours de Clinique Propédeutique médicale de l'école de Médecine en 1912 et 1913.

CONFÉRENCES ET COURS DIVERS

Cours de Pathologie générale élémentaire en 1912 et 1913.
Cours d'Hygiène élémentaire 1912.
A l'école d'Infirmières Visitantes d'Hygiène de Marseille.

DEUXIEME PARTIE

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(Relevé Chronologique)

A.- TRAVAUX PERSONNELS

- 1911 -

- 1.- Bochymoses ponctuées au cours d'une oesophagoscopie.

(Comité Médical des B.D.R. 1911)

- 11.- Encéphalocèle Spina Bifida lombaire avec paraplégie chez un nouveau né

- 3.- Observation d'un malade atteint d'une méningite cérébro-spinale ayant fait croire au début à une occlusion intestinale.

- 4.- Présentation d'un enfant guéri d'une plaie pénétrante du crâne sans symptômes

(Marseille Médical 15 Juillet 1911. (P. 454 - 455)

- 5.- Plaie pénétrante du crâne avec issue de substance cérébrale. Guérison.

(Marseille Médical 1er Août 1911. (P.488 - 487)

- 1912 -

- 6.- Pyonéphrose ayant fait croire à un kyste du mésentère néphrectomie. Guérison.

(Marseille Médical 1912)

- 7.- Deux corps étrangers du tube digestif. (Extraction chirurgicale)

(Marseille Médical 1er Janvier 1912. 3 pages)

- 8.- Un cas d'enterorragie post-opératoire

(Marseille Médical 1er Janvier 1912. 5 pages 1 figure)

- 9.- Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe osseuse
Etat réticulaire de la voûte oramienne.

Travaux originaux. Gazette des Hôpitaux 23 Janvier 1912.

(Avec 1 figure, en collaboration avec le Dr PAYAN)

Marseille Médical 1er Avril 1912. 3.

DEUXIÈME PARTIE
PUBLICATIONS COLLECTIVES
(Reliées chronologiquement)

A. -- TRAVAUX PERSONNELS

- 1911 -

1. - Recherches personnelles en cours d'analyse anatomique.

(Comité Médical des H.P.H. 1911)

2. - Endoparasitisme spinal bilobé lombaire avec paralysie après un nouveau né

3. - Observation d'un malade atteint d'une tumeur cérébro-spinale ayant fait

écroire au début d'une occlusion intestinale.

4. - Présentation d'un enfant atteint d'une plaie pénétrante du crâne sans symptômes

(Revue Médicale de l'Alsace 1911. (p. 484 - 485))

5. - Plaie pénétrante du crâne avec lésions de substance cérébrale. Guérison.

(Revue Médicale de l'Alsace 1911. (p. 488 - 489))

- 1912 -

6. - Prothèses ayant fait écroire à un Kyste du méninge néphroscissure. Guérison.

(Revue Médicale 1912)

7. - Deux corps étrangers du tube digestif. (Extraction chirurgicale)

(Revue Médicale 1912. 2 pages)

8. - Un cas d'entéroptose post-opératoire

(Revue Médicale 1912. 2 pages 1 figure)

9. - Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe crânienne

État rétrospectif de la voute crânienne.

Travaux originaux. Gazette des Hôpitaux 22 Janvier 1912.

(Avec 1 figure, en collaboration avec le Dr P. P. P.)

10.- Kyste dermoïde de l'ovaire.

(Comité Médical Janvier 1912)

11.- Pouvoir hématopoïétique du sérum de cheval préalablement saigné.

(4 Observations. Thèse du Dr. BERA, Montpellier 1912)

12.- Trois cas de fracture de la voûte crânienne chez l'enfant.

(Marseille Médical 15 Mars 1912. Folio 182. 8 pages 5 fig.)

13.- Malformations congénitales.

Marseille Médical 1er Juin 1912 (Pages 376 - 377)

En collaboration avec M. le Dr. PATAN.

14.- Triple perforation duodénale chez la femme enceinte.

Communication à la réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier en la séance du 5 Juin 1912. (5 pages. 1 figure)

En collaboration avec Mr. le Professeur Guérin Valmaïe.

15.- Chorée de Sydenham

Revue générale, Gazette des Hôpitaux, 16 et 23 Novembre 1912 (16 pages)

En collaboration avec Mr. le Docteur PATAN.

- I 913 -

16.- Perforations du duodénum

17.- Disposition anormale des valvules conniventes dans l'intestin grêle de l'adulte

suivie d'une étude sur anatomie comparée des valvules conniventes.

(Marseille Médical 1er Avril 1913. P.229.- 4 pages)

18.- Néoplasme du larynx

(Marseille Médical 1er Avril 1913. P. 238)

19.- Anévrisme de la crosse aortique et tronc brachio-céphalique.

En collaboration avec MM. les Drs. BADETTI & Ch. REBOUL LACHAUX

(Marseille Médical 1er avril 1913)

20.- Cancer de la voûte crânienne

(En collaboration avec le Dr. DE LUMA?

Marseille Médical 1er Avril 1913.

21.- Cancer nodulaire primitif du foie.

(En collaboration avec MM. les Drs. ESCANDE & BADETTI.

Marseille Médical 1er Avril 1913.

22.- Ulcérations de l'oesophage et de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique

Marseille Médical 1er Juin 1913. Folio 350.

23.- Appendicite ascendant rétro cœcal adhérent par sa pointe à la portion justa pylorique du duodénum

Marseille Médical 1er Juin 1913. P° 362.

En collaboration avec M. le Docteur DOR.

24.- Fractures multiples du thorax, de l'omoplate. Fractures et luxations de l'épaule

Marseille Médical 15 Juin 1913. P. 393- 9 pages - 3 figures -

(En collaboration avec MM. les Dr MARTIN LAVAL & Ch. REBOUL LACHAUX)

25.- Orchites du nouveau-né et infantilisme.

Mémoire honoré du prix Rampal par le Comité Médical des B.D.R.

En collaboration avec Mr. le Dr. PAYAN

26.- Modifications leucocytaires au cours de l'auto-hématothérapie

(C.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913

Tome LXXV. P.228. (3 pages)

27.- Désinsertion valvulaire par aortite ulcéreuse aiguë.

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. Folio 454)

En collaboration avec Mr. le Dr. CALMON

28.- Aortite thoracique chronique artérite symétrique des artères tibiales gangrène consécutive.

Marseille Médical 15 Juillet 1913. P° 446. 4 pages.

En collaboration avec Mr. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX.

29.- Néoplasme de l'estomac et du pancréas.

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. P° 450)

En collaboration avec Mr. le Dr. Ch REBOUL LACHAUX

11.- Ganser hebdomaire primitif du foie.

(Collaboration avec MM. les Drs. BOUARD & RABET.

Revue Médicale 1er Avril 1913.

12.- Modifications de l'acrophonie et de l'asthme par ingestion d'acide chlorhydrique

Revue Médicale 1er Juin 1913. Page 300.

13.- Appareils secondaires rétro-occlusifs par les points à la portion lésée

Revue du dentiste

Revue Médicale 1er Juin 1913. p. 303.

En collaboration avec M. le Docteur DOR.

14.- Fractures multiples du thorax, de l'omoplate, fractures et luxations de l'épaule

Revue Médicale 15 Juin 1913. p. 305-9 pages - 3 figures -

(En collaboration avec MM. les Drs. MARTIN LAVAL & CH. RENOU LAUREUX)

15.- Ophtalmie du nouveau-né et infantiles.

Mémoire honoré du Prix Remy par le Comité Médical des B.D.R.

En collaboration avec M. le Dr. PAYAN.

16.- Modifications fœtopathiques au cours de l'auto-hématostase

(O.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913

Tom. LXXIV. p. 328. (2 pages)

17.- Déminéralisation valvulaire par toxicité rénale aiguë.

(Revue Médicale 15 Juillet 1913. Page 444)

En collaboration avec M. le Dr. CAMON.

18.- Mérite choréiforme chronique attribué à l'absence des artères tibiales postérieures

congénitive.

Revue Médicale 15 Juillet 1913. p. 445. 4 pages.

En collaboration avec M. le Dr. CH. RENOU LAUREUX.

19.- Hémiplégie de l'estomac et du plexus.

(Revue Médicale 15 Juillet 1913. p. 450)

En collaboration avec M. le Dr. CH. RENOU LAUREUX

30.- Large ulcère de l'estomac chez un Tuberculeux

30.- (Marseille Médical 15 Juillet 1913. P° 452)

En collaboration avec MM. les Dr. AYMES & REBOUL LACHAUX

31.- L'atrophie thyroïdienne chez les athreptiques

(C.R. de la Société de Biologie 16 Décembre 1913
Tome LXXXV P° 667. (3 pages)

En collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS

Presse Médicale 6 Juillet - 1914 -

32.- Deux cas d'Héredo-ataxie-cérébelleuse

En collaboration avec Mr. le Professeur GDDO.

33.- Traitement de l'athreptie.

(Revue Médico-thérapeutique 1914, en collaboration avec Mr. le Professeur
ALEZAIS)

C.R. Société de Biologie 10 Novembre 1917. Page 250.

34.- Artérite et thrombose de l'aorte abdominale avec gangrène des deux membres inférieurs.

(Marseille Médical 1er Janvier 1914. P° 14 - P° 17)

35.- Myosite du tube digestif dans les intoxications subaiguës par corrosifs

(C.R. de la Société de Biologie 21 Avril 1914.

Tome LXXXVI. P° 741 3 pages.

En collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS.

36.- Anatomie pathologique des glandes vasculaires sanguines dans l'athreptie

(Thèse du Doctorat, Montpellier.

236 pages. 4 pl. 6 figures.

- 1916 -

36 a - Rapport sur les états typhoïdes dans la 11ème Armée - de 1914 à 1916

Réunion médico-chirurgicale de la 11ème Armée- 10 Janvier 1916-Sar le Duc)

37.- Variations du taux de l'urée sanguine au moment de la crise urinaire dans les cas de troubles gastro-intestinaux par insuffisance rénale.

37.- (C.R. Société de Biologie 4/11/13. Tome 29. P.910

En collaboration avec Mr. le Dr. PAYAN.

Septembre 1913.

- 1917 -

38.- Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux chez les soldats en campagne

30. - Le rôle du système nerveux dans l'écoulement des urines

(Revue Médicale 1913. N° 483)

En collaboration avec M. les Drs. YVES & HENRI LACHAUX

31. - L'atrophie thyroïdienne chez les athlètes

(O.R. de la Société de Biologie 10 Décembre 1913)

Tome LXXXV. N° 507. (3 pages)

En collaboration avec M. le Professeur ALBERT

- 1914 -

32. - Deux cas d'hémodialyse

En collaboration avec M. le Professeur CHOU

33. - Traitement de l'athrénie

(Revue Médico-chirurgicale 1914, en collaboration avec M. le Professeur ALBERT)

34. - Atrophie et thrombose de l'artère abdominale avec gangrène des deux membres

intérieurs

(Revue Médicale 1914. Janvier 1914. N° 17)

35. - Mécanisme du tube digestif dans les intoxications urémiques par correction

(O.R. de la Société de Biologie 21 Avril 1914)

Tome LXXXVI. N° 741. 3 pages.

En collaboration avec M. le Professeur ALBERT.

36. - Anatomie pathologique des lésions vasculaires sanguines dans l'athrénie

(Thèse du Docteur, Montpellier)

236 pages. 4 pl. de figures.

- 1915 -

37. - Rapport sur les états typhoïdes dans l'athrénie - de 1914 à 1916

(Revue Médico-chirurgicale de la 11ème Année - 10 Janvier 1916 - N° 12)

38. - Variations du taux de l'urée sanguine au moment de la crise urémique dans les

cas de troubles gastro-intestinaux par insuffisance rénale

(O.R. Société de Biologie 11/12. Tome 30. 1916)

En collaboration avec M. le Dr. PATAU.

- 1917 -

(Paris Médical 17 mars 1917. Page 214).

39.- Variations de la Constante d'Ambard au cours de l'insuffisance rénale avec troubles gastro-intestinaux (Société des Bouches-du-Rhône)

40.- (Société de Biologie. Avril 1917)

40.- Aspects des selles dans les formes atypiques de la dysenterie ambiante.

40.- (En collaboration avec le Dr. BLOCH.

(Presse Médicale 26 Juillet 1917)

41.- Notes sur l'emploi du chlorhydrate d'émétine.

(Paris Médical 13 Octobre 1917)

41.- (Société de Biologie - 4 Avril 1917)

42.- Notes sur l'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme.

En collaboration avec RIBON.

(Société de Biologie - 17 Avril 1917)

C.R. Société de Biologie 10 Novembre 1917. Page 830.

43.- Syndrome cholériforme et insuffisance rénale dans la Dysenterie ambiante chez les Soldats en campagne

(Société des Bouches-du-Rhône, 4 Mai 1918) Gazette des Hôpitaux de Paris

(Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 16/11/17. Page 366. N°

43.- Quelques notions actuelles sur la Dysenterie ambiante - 1918 - (Société des Bouches-du-Rhône)

Internes

44.- Notes sur l'emploi de certains réactifs pour la recherche de l'émétine dans l'urine de l'homme

C.R. Société de Biologie 14 avril 1918. P.315.

45.- Notes cliniques sur les grosses parotides des Soldats en campagne

(Presse Médicale 13 Juin 1918.)

46.- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux

(Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition. N° 10. 1918 Page 581.)

(En collaboration avec le Dr. Paul GIRAUD)

47.- L'Ambiasse sur le Front français. Centre-Est. (1918-1917)

(En collaboration avec BLOCH. Annales de Médecine 1918. Tome 5. N°4. Page 374. Septembre 1918.)

(En collaboration avec le Dr. BLOCH.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1918.

- 47- L'Amplas sur le front français. Centre-est. (1913-1917)
 (En collaboration avec) BLOCH. Annales de Médecine 1918. Tome 6. N°4. Page 37
 Septembre 1918.
- 46- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux
 (Presse Médicale 13 Juin 1918.)
- 45- Notes cliniques sur les troubles parotides des Soldats en campagne
 O.R. Société de Biologie 13 Avril 1918. P. 318.
- 44- Notes sur l'emploi de certains réactifs pour la recherche de l'émétine dans
 l'urine de l'homme
- 43- Notes sur l'émétine pour la recherche de l'émétine dans
 les Soldats en campagne
 (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 16/11/17. Page 386.)
- 42- Syndrome cholériforme et insuffisance rénale dans la Dysenterie amibienne chez
 O.R. Société de Biologie 10 Novembre 1917. Page 830.
- En collaboration avec BLOCH.
- 41- Notes sur l'emploi du chlorhydrate d'émétine
 Presse Médicale 28 Juillet 1917)
- (En collaboration avec le Dr. BLOCH.
- 40- Aspects des selles dans les formes atypiques de la dysenterie amibienne.
 (Société de Biologie. Avril 1917)
- 39- Troubles gastro-intestinaux
 Variations de la Gouttière d'Aschmann en cours de l'insuffisance rénale avec
 (Presse Médicale 17 Mars 1917. Page 314)

- 1919 -

48.- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux.

Conférence faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône)

49.- Un cas d'Epilepsie cardiaque.

(Comité Médical 1919. En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO)

50.- L'Epilepsie cardiaque.

(Revue Générale. Gazette des Hôpitaux 1919)

- 1920 -

50 A - Anatomie pathologique de la péricardite syphilitique secondaire
En collaboration avec M. le Pr. ODDO-Société de Biologie - 4 Avril 1920)

51.- L'élimination urinaire de l'émétine après injection intra-véneuse de

chlorhydrate d'émétine

(Société de Biologie 4 Avril 1920) National de la Santé Publique. Marseille

52.- La toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émétine.

(Société Médicale des Hôpitaux. 4 Mai 1920) Gazette des Hôpitaux Août 1920

Communication au Congrès de la Société de Biologie. 1920

- 1921 -

53.- Quelques notions actuelles sur l'Utilisation des Corps radio-actifs en Médecine

Interne

54.- Contribution à l'Etude des Neuro-stéosephes.

(Le Sud Médical. Page 1518-1519. 15 Janvier 1921)

54.- Données pratiques sur le traitement des hépatites amibiennes, par le chlorhydrate

d'émétine. une étude clinique sur les rapports entre l'émétine et le corps radio-actif

(Pratique Médicale française. Avril 1921)

55.- Questions de Garde de Médecine.

Pour l'Internat des Hôpitaux de Marseille.

(En collaboration avec le Dr. Paul GERAUD). Le Sud Médical - Bordeaux 1921 -
(1 vol. 140 pages. Marseille 1921. Imprimerie Méridionale)

56.- Contribution à l'Etude de l'Internat des Hôpitaux de Marseille.

56.- Un cas d'Hémophilie traité et guéri par l'hémate éthyroïdine

Ethyroïdite aiguë au cours du traitement

(En collaboration avec le Dr. ODDO. 1921)

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1921. Paris, Juillet 1921.

48. - Investigations rétrospectives et prospectives gastro-intestinales.

Conférence faite au Comité Médical des Hôpitaux de la Région

49. - Un cas d'ulcère cardiaque.

(Comité Médical 1919. En collaboration avec M. le Professeur GUYOT)

50. - L'ulcère cardiaque.

(Revue Générale. Gazette des Hôpitaux 1919)

- 1920 -

51. - Anatomie pathologique de la périostite syphilitique secondaire
En collaboration avec M. le Dr. GUYOT-SOULET de Biologie - 4 Avril 1920

52. - L'élimination urinaire de l'émétine après injection intra-véneuse de

chlorhydrate d'émétine

(Société de Biologie 4 Avril 1920)

53. - La toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émétine.

(Société Médicale des Hôpitaux. 4 Mai 1920) Gazette des Hôpitaux Août 1920

- 1921 -

54. - Quelques notions actuelles sur l'utilisation des Corps radio-actifs en Médecine

Interne

(Le Sud Médical. Pages 1618-1619. 18 Janvier 1921)

55. - Données pratiques sur le traitement des pépites amblyopes, par le chlorhydrate

d'émétine.

(Pratique Médicale Française. Avril 1921)

56. - Questions de Garde de Médecine.

Pour l'Interne des Hôpitaux de Marseille.

(En collaboration avec le Dr. PAUL GERARD.)
(1 vol. 140 pages. Marseille 1921. Imprimerie Méditerranéenne)

57. - Un cas d'hémophilie traité et guéri par l'hémato-thérapie

Thésé de Médecine présentée au cours du traitement

(En collaboration avec le Dr. GUYOT.
Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1921.)

57.- Données actuelles sur l'Anatomie, la Physiologie, la Pathologie du Corps atrié

(Conférence au Comité Médical des B.d.R.. En collaboration avec Mr. Jean REBOUL-
LAHAUX. 1921)

58.- La Syphilis secondaire du Cœur.

En collaboration avec Mr. le Professeur OUDO.
Académie de Médecine (Mars 1920)
Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (1920)
XVe Congrès de Médecine (Strasbourg 3 Octobre 1921)

- 1922 -

59.- Les données actuelles sur la Colloïde olasie et l'Anaphylaxie.

Conférence à la Société libre des Médecins de Marseille. 1922.

60.- Les données actuelles sur l'emploi de l'Emetine dans l'amibiase.

Rapport présenté au Congrès Colonial National de la Santé Publique. Marseille
Septembre 1922.

61.- Quelques caractères des contractions agoniques du Myocarde humain observée sur
le Cœur à nu de deux foetus non viables.

Communication au Congrès de la Société de Biologie. Septembre 1922.

- 1923 - 1924 -

62.- Contribution à l'Etude des Neuro-ectodermomes.

(En collaboration avec Mr. le Professeur H. ROGER) Société Médicale des Hopitaux
de Paris. Juillet 1923.

63.- Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune
et l'apparition des règles. (En collaboration avec Mr. J.R. HENRI).

64.- Nouvelles recherches sur l'Anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne
dans l'Athrepsie.

Communications au XVIIe Congrès français de Médecine - Bordeaux 1923 -

65.- Contribution à l'Etude de l'Intoxication par le sulfure de carbone.

Monographie de 46 pages avec deux observations personnelles. (En collaboration
avec le Dr. Jean SEDAN.)

Mémoire honoré du Prix Sirue-Piromdi 1923.

Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale. Paris, Juillet 1924.

57. - Données actuelles sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie du Corps vertébral

(Conférence au Comité Médical des U.S.A. en collaboration avec Mr. Jean HUBERT)
LAURENCE 1951

58. - La syphilis secondaire du Coeur.

En collaboration avec Mr. le Professeur GORDON.
Mémoires de Médecine (mars 1950)
Revue des Maladies du Coeur et des Vaisseaux (1950)
IXe Congrès de Médecine (Strasbourg 3 Octobre 1951)

- 1 9 3 3 -

59. - Les données actuelles sur la Colloïde osseuse et l'amygdalite.

Conférence à la Société libre des Médecins de Marseille 1952.

60. - Les données actuelles sur l'emploi de l'insuline dans l'endocrinologie.

Rapport présenté au Congrès Colonial National de la Santé Publique, Marseille
Septembre 1952.

61. - Quelques caractères des contractions rythmiques du Myocarde humain observés sur

la Courbe à un des deux électrodes non invasives.

Communication au Congrès de la Société de Biologie, Septembre 1952.

- 1 9 3 3 - 1 9 3 4 -

62. - Contribution à l'étude des Neuro-ectodermes.

(En collaboration avec Mr. le Professeur H. ROBERT) Société Médicale des Hôpitaux
de Paris, Juillet 1953.

63. - Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps humain

et l'apparition des régressions. (En collaboration avec Mr. J. H. HUBERT).

64. - Nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique des kystes à sécrétion interne

dans l'endocrinologie.

Communication au XVIIe Congrès Français de Médecine - Bordeaux 1953 -

65. - Contribution à l'étude de l'intoxication par la salive de cerpoles.

Mémoires de 48 pages avec deux observations personnelles. (En collaboration
avec le Dr. Jean HUBERT.)

Mémoire honoré du Prix Sires-Picoulet 1953.
Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale, Paris, Juillet 1954.

86.- Le Corps strié, anatomie, physiologie.

Monographies de 30 pages dans la Revue Médicale de France et des Colonies 1934

87.- La Coupe histologique des crânes et le diagnostic des néoplasmes méningés

Revue Médicale de France et des Colonies 1934.

---:---:---:---:---

B - TRAVAUX REÇUS SOUS MA DIRECTION -

1. DARSSANO - La Syphilis secondaire du coquer - Thèse de Montpellier 1930

2. ALIBRAND - Le traitement des néphrites amyloïdiques par le Chlorhydrate d'émétine
Thèse de Montpellier 1930 -

3. CASTELLI - Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'hypophyse
dans l'hérédité syphilitique - Thèse de Montpellier 1931 -

4. RENNY - Recherches anatomocliniques sur les rapports entre l'évolution
du corps jaune et l'apparition des règles (23 observations)
Thèse de Montpellier 1932.

---:---:---:---:---

C - TRAVAUX DIVERS

1. COMPTES-RENDU DU XVe CONGRES FRANÇAIS DE MEDICINE - (Strasbourg 1931)
dans la Revue Médicale 1931.

2. ANALYSES D'OUVRAGES

Sympathiques et Glandes endocrines - par P. Laroche, H. Kervier, G. Williams
Gallien.

Hygiène et Régimes - par G.H. Lemoine et J. Kervier.

(Analyses in Revue Médicale 1931).

Le traitement médical des Maladies des reins en Généralité par Ch. Plesinger

Vingt régimes alimentaires en Généralité par Ch. Plesinger.

(Analyses in Revue Médicale 1931).

**3° ANALYSES REGULIERES D'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE, d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
du CANCER.** Dans la Revue Médicale de France et des Colonies 1923-1924.-

-:-:-:-:-

Tous les échantillons, quelle que soit la nature des lésions, ont été envoyés au laboratoire de l'Institut du Cancer. On a pu, par conséquent, avoir une vue d'ensemble de toutes les lésions qui ont été envoyées en vue de leur diagnostic, et de leur évolution, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

Tous les échantillons ont été classés dans les groupes de lésions, et de leur évolution, et de leur traitement, et de leur traitement.

2e ANNÉE. REVUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET PÉDIATRIE. D'ANATOMIE ET D'HYGIÈNE.
en 1901. Dans la Revue Médicale de France et des Colonies 1901-1902.

---:---:---:---:---:---:---:---

TROISIEME PARTIE

EXPOSE & RESUME ANALYTIQUE des PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Je viens d'indiquer, année par année, les titres de travaux publiés, depuis mes premières notes qui datent de 1911. On l'a vu, bon nombre de ces travaux sont entièrement personnels; d'autres ont été faits en collaboration avec mes maîtres ou avec mes collègues, quelques-uns avec mes élèves.

Nous avons résumé brièvement les plus importants de ces travaux ou donné un aperçu d'ensemble sur des groupes de publications, ayant poursuivi l'étude d'une question particulière.

2ème " : PATHOLOGIE MEDICALE-

32ma " : PATHOLOGIE EXOTIQUE -

42me " : THERAPEUTIQUE MEDICALE -

.....

REPORT & RESEARCH ANALYSIS OF THE PUBLICATIONS SCIENTIFIC

La vaine d'indiquer, comme par magie, les titres de travaux publiés, quelques notes des notes du début de l'II. On l'a vu, bon nombre de ces travaux sont entièrement personnels; d'autres ont été faits en collaboration avec mes maîtres avec mes collègues, quelques-uns avec mes élèves.

Tout maître plus d'ordre et de clarté dans l'exposé de ces publications, nous les avons classées en quatre catégories, en les groupant autour d'un II, il nous a été possible, suivant leurs similitudes naturelles.

Nous avons résumé les plus importants de ces travaux en nous en occupant d'ensemble sur des groupes de publications, ayant pour ainsi dire un aperçu d'ensemble.

Une question particulière.

1st chapter	:	HISTOIRE de l'ANATOMIE	-
2ème	:	ANATOMIE MEDICALE	-
3ème	:	ANATOMIE EXPERIMENTALE	-
4ème	:	ANATOMIE MEDICALE	-

$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \bar{x}$

- STANISLAW WOJCIKOWSKI A SZYMAKOWSKI

- 10 Anatomie pathologique des tumeurs à dérivation interne dans l'Alphonsie - (Thèse de Doctorat - Montpellier 1914) 222 pages 5 figures
- 11 XVIIe congrès français de Nécropsie - Bordeaux 1923
- 12 G.R. de la Société de Biologie 1913. En collaboration avec M. le Pr. Alphonse
- 13 Alphonse thyroïdienne chez les Alphonse
- 14 (Mémoire honoré du Prix Rempart 1913 par le Comité Médical des S.G.F.) en collaboration avec M. le Dr Pagen
- 15 Orphie du nouveau né et l'Alphonse - 24 pages 5 figures
- 16 (in Thèse de Montpellier 1914) 2 pages (2 à 22)
- 17 Un procédé de fixation précoce des tumeurs histologiques sur la cadavre -

Professeur).

tenue pathologique de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille (Mr. Marescaux avons poursuivies pendant plus de 10 ans, de 1910 à 1923 au laboratoire d'ana-

Ces travaux rapportent les résultats d'une longue série de recherches que

En conséquence, les données présentées par ces glacières au cours de certaines dysmorphies
 L'INSTRUMENTATION MONITORING des glacières à détection interne du mouvement ne se fait pas
 Ces recherches ont en fait, après une étude attentive et complète de

La notion des migrations tertiaires a été une application intéressante.

Thèse de Goussier (Bordeaux 1931) a été une application intéressante.

Elles ont en pour résultat de justifier les essais de traitement prophylactique de l'athérogène que nous avons réalisés dans un travail précédent et dont la

Un Procédé de fixation précoce des pièces histologiques sur le cadavre - 100

La fragilité très grande des glandes vasculaires sanguines et la recherche d'un moyen qui nous mette à l'abri des altérations cadavériques, a été notre première préoccupation.

Nous avons utilisé le liquide piero-formo-éthylique de Bouin, en injections préalable et nous avons tiré de ce procédé le plus grand profit au point de vue de la fixation précoce des divers organes.

Technique employée chez le nourrisson. Il est indispensable que les injections au Bouin soient faites par région du corps et dans chaque région, le plus exactement possible par organe. Nous avons ainsi pratiqué des injections crâniennes, cervicales, thoraciques et abdominales.

Dans le crâne .- Nous avions en vue la fixation de l'hypophyse. Notre matériel instrumental était composé simplement d'un trocart à robinet, utilisé dans la ponction lombaire et d'une seringue en verre de 20 cc.

Pour atteindre la région de la selle turque, le meilleur repère, dans nos différentes expériences, a été le suivant : si l'on trace les diagonales du quadrilatère formé par la fontanelle bregmatique, il faudra introduire l'aiguille sur la diagonale antéro-postérieure à un centimètre en avant environ de l'intersection des deux diagonales. On enfonce le trocart, dans la plupart des cas, perpendiculairement de 6 centimètres environ, et l'on est arrêté alors par un plan osseux qui n'est autre que la région médiane de l'étage moyen. Si au lieu de buter ainsi l'aiguille glisse et s'enfonce profondément, c'est qu'on est derrière la selle turque dans la gouttière basilaire et il faut ramener en avant la pointe de l'instrument. Il ne faut pas craindre, quand on est arrivé sur le plancher de l'étage moyen, d'enfoncer un peu le trocart pour pénétrer dans la loge turque. On adapte ensuite la seringue et on injecte avec force 4 ou 6 centimètres cubes, on retire ensuite légèrement l'aiguille et on continue à pousser du Bouin par la seringue jusqu'à courir

La fragilité très grande des pièces vasculaires sanguines et la réaction d'un moyen qui nous mène à l'obtention des sections cadavériques, a été notre première préoccupation.

Nous avons utilisé le liquide pierre-forme-alcôhol de Bouin, en injections préfabriquées et nous avons tiré de ce procédé le plus grand profit au point de vue de la fixation précoce des divers organes.

Téchnique employée chez le mortuorum. Il est indispensable que les injections au Bouin soient faites par région du corps et dans chaque région, le plus exactement possible par organes. Nous avons ainsi pratiqué des injections crâniennes, cervicales, thoraciques et abdominales.

Page le organe. - Nous avons en vue la fixation de l'hypophyse. Notre matériel instrumentaire était composé simplement d'un trocart à robinet, utilisé dans la ponction lombaire et d'une seringue en verre de 50 cc.

Pour atteindre la région de la selle turcique, le trocart réglé, dans nos différentes expériences, a été le suivant : si l'on trace les diagonales du quadrilatère formé par la ligne horizontale, il faut introduire l'aiguille sur la diagonale antéro-postérieure à un centimètre en avant environ de l'intersection des deux diagonales. On enfonce le trocart, dans le piquet des os, perpendiculairement de 6 centimètres environ, et l'on est arrivé alors par un plan osseux qui n'est autre que la région médiane de l'étage moyen. Si au lieu de piquer ainsi l'aiguille glisse et s'enfonce profondément, c'est qu'on est derrière la selle turcique dans la cavité postérieure et il faut ramener en avant le point de l'instrument. Il ne faut pas exagérer, quand on est arrivé sur le plancher de l'étage moyen, l'on fonce un peu le trocart pour pénétrer dans la loge turcique. On abaisse ensuite la seringue et on injecte avec force à un 8 centimètres cubes, on retire ensuite légèrement.

rence de 25 à 30 centimètres cubes. C'est cette quantité de liquide qu'il nous a paru en pratique ne pas falloir dépasser chez l'enfant de un à trois mois. On évite ainsi une trop forte tension qui occasionnerait l'écoulement du liquide par l'orifice de ponction; après qu'on a retiré l'aiguille, on détruit la continuité du trajet creusé par une friction vigoureuse sur les téguments et on oblitère le petit pertuis d'entrée avec une goutte de collodion. La tête est un peu relevée et laissée ainsi jusqu'à l'heure de l'autopsie. Nous avons pu obtenir par ce moyen une imprégnation de la glande pituitaire et généralement la fixation de la face inférieure du cerveau antérieur et de l'isthme encéphalique.

Dans le cou .-- Ce sont les organes de la région thyroïdienne que nous avons essayé de fixer. Ici la simple aiguille à serum et la seringue de 20 cc. nous ont suffi.

On re^{te} les bords postérieurs du cartilage thyroïde et à 1 centimètre au-dessous de la corne supérieure de ce cartilage, on enfonce l'aiguille de 2 centimètres en la dirigeant d'arrière en avant, de dehors en dedans, et un peu de haut en bas. On injecte ensuite 5 cc. de liquide pierce-forme-acétique. On pratique une injection semblable de chaque côté et on n'a pas de peine à éviter l'issue du liquide si on a piqué une seule fois et si on fait rapidement une compression moyenne sur le pertuis d'entrée après qu'on a retiré l'aiguille.

Dans le thorax .-- Nos injections ont eu pour but de fixer le thymus. Il a été très simple d'enfoncer verticalement une aiguille à serum derrière la fourchette sternale, à 1 centimètre de profondeur et de pousser là, par la seringue, 40 cc. de Bouin. Une deuxième ponction, par l'extrémité interne du deuxième espace intercostal droit, puis, gauche, nous a permis d'atteindre la portion inférieure de l'organe et d'injecter là encore 40 à 50 cc. de Bouin dans les deux fois.

Cavité abdominale .-- Nous avons eu ici pour but de fixer surtout le foie, la rate, le pancréas et la surrénale. C'est ici en particulier, qu'il est nécessaire d'avoir, pour la fixation de chaque organe, des points de repère précis. Notre instrumentation

ranche de 25 à 30 centimètres cubes. C'est cette quantité de liquide qu'il faut injecter dans le
en pratique ne pas laisser dépasser chez l'adulte de 10 à 15 centimètres cubes. On évite ainsi
une trop forte tension qui occasionnerait l'éclatement du fœtus par l'effort de
ponction; après qu'on a retiré l'aiguille, on débruit la cavité du trocart creusé
par une friction vigoureuse sur les téguments et on obtient le petit puits d'en-
tre avec une goutte de collodion. La tête est un peu relevée et laissée ainsi jus-
qu'à l'heure de l'opération. Nous avons pu obtenir par ce moyen une inspiration de la
grande péricluse et généralement la fixation de la face inférieure du cerveau en-
rière et de l'isthme empédocté.

Dans le cou. - Ce sont les organes de la région thyroïdienne, que nous avons essayé
de fixer. Ici la simple aiguille à écharpe et la seringue de 20 cc. nous ont suffi.
On retire les bords postérieurs du cartilage thyroïde et à 1 centimètre en-des-
sous de la corne supérieure de ce cartilage, on enfonce l'aiguille de 3 centimètres
en la dirigeant d'arrière en avant, de dehors en dedans, et un peu de haut en bas.
On injecte ensuite 5 cc. de liquide picro-formol-éthylique. On pratique une incision
superficielle de chaque côté et on n'a pas de peine à éviter l'isthme du fœtus si on a
placé une seule fois et si on fait rapidement une compression moyenne sur le puits
d'entrée après qu'on a retiré l'aiguille.

Dans le thorax. - Nos injections ont eu pour but de fixer le tronc. Il a été très
simple d'enfoncer verticalement une aiguille à écharpe derrière la fourchette sternale
à 1 centimètre de profondeur et de pousser la seringue de 20 cc. de bouillie
deuxième ponction, par l'extrémité inférieure du deuxième espace intercostal droit, puis
encore, nous a permis d'atteindre la portion inférieure de l'organe et d'injecter la
encore 10 à 20 cc. de bouillie dans les deux fois.
Cavité abdominale. - Nous avons eu ici pour but de fixer le foie, la rate,
le pancréas et le système. C'est ici en particulier, qu'il est nécessaire d'avoir

se composait d'une aiguille de Calot, du plus gros calibre, et d'une seringue à hydrocèle de 100 centimètres cubes.

On comprendra que la question des repères ne se pose point pour l'estomac et l'intestin, pour l'ovaire chez la petite fille. Mais pour les autres glandes endocrines abdominales, voici comment nous avons procédé après de longs et nombreux essais.

Foie .- Deux points d'injection :

1° Point supérieur .- On pénètre dans le cinquième espace intercostal droit, au-dessous du mamelon, à 3 centimètres du bord sternal droit. L'aiguille est enfoncée profondément (6 à 7 centimètres), en bas et en dedans. On fait pénétrer, par ce premier puits, 50 cc. de Bouin.

2° Point latéral .- Permettant d'atteindre la face inférieure du foie et le rein. Enfoncer horizontalement l'aiguille sur la ligne axillaire, entre la onzième et la douzième côte et injecter à nouveau 50 cc. de liquide picro-formo-acétique.

Panoréas .- Au niveau du point épaulé, situé sur le cadavre, normalement couché, à 2 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond le trocart jusqu'à la colonne vertébrale. Injecter 50 cc. de fixateur, puis déplacer latéralement l'aiguille qui glisse dans le sinus lombo-vertébral. On poussera par la seringue 30 cc. de Bouin de chaque côté du rachis. Cette seconde manœuvre permet déjà d'atteindre le rein et la capsule surrénale.

Rein .- A la hauteur de la douzième dorsale, en arrière, ponctionner à 4 centimètres de chaque côté de la colonne vertébrale et injecter 20 grammes de Bouin.

Surrénale .- Pénétrer perpendiculairement avec l'aiguille par un point situé de chaque côté du corps à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-axillaire et faire passer 20 grammes de Bouin après chaque ponction.

La rate .- Entrer dans le thorax sur la ligne axillaire, au niveau du septième espace intercostal et injecter 20 cc. de Bouin, après avoir enfoncé l'aiguille de

la rate . - Entrer dans le thorax sur la ligne axillaire, au niveau du septième es-

et faire passer 30 grammes de boue après chaque ponction.

gourdaie . - Pénétrer perpendiculairement avec l'aiguille par un point situé de
chaque côté du corps à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-axillaire

rein . - A la hauteur de la douzième dorsale, on insère, ponctionner à 4 centi-

metres de chaque côté de la colonne vertébrale et injecter 30 grammes de boue.

testicules . - Au niveau du point indiqué, situé sur le cadavre, normalement couché,
à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond

le trocart jusqu'à la colonne vertébrale. Injecter 30 cc. de liquide, puis déloger
à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond

testicules . - Au niveau du point indiqué, situé sur le cadavre, normalement couché,
à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond

le trocart perpendiculairement l'aiguille sur la ligne axillaire, entre la chaîne et la
douzième côte et injecter à nouveau 30 cc. de liquide picro-formo-sodique.

3e Point latéral . - Pénétrant d'atteindre la face inférieure du foie et le rein.
à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond

1o Point supérieur . - On pénétre dans le cinquième espace intercostal droit,
à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond

Voie . - Deux points d'injection :

crânes abdominaux, voici comment nous avons procédé après de longs et nombreux essais
l'injecter, pour l'ovaire chez la petite fille. Mais pour les autres glandes endo-

On comprime que la question des rapèzes ne se pose point pour l'ascende et
l'apex de 100 centimètres cubes.

ne comportait d'une aiguille de Gaiot, au lieu d'une aiguille, et d'une seringue à

dehors en dedans, d'avant en arrière, et un peu de haut en bas à 5 centimètres de profondeur.

Le testicule, à cause de son albuginée se laisse difficilement pénétrer. Dans la plupart des cas, nous en avons fait l'ablation par une petite incision scroto-périnéale invisible.

On aura ainsi injecté de 280 à 300 cc. de liquide piore-forme-acétique. C'est la quantité maxima que l'on puisse faire pénétrer dans la cavité abdominale sans produire une tension telle que l'occlusion des pertuis d'injection soit désormais impossible. Pour empêcher d'ailleurs tout écoulement de liquide, chaque fois que l'on va retirer l'aiguille de Colot, on passe un fil de soie à l'aide d'une petite aiguille courbe à suture et l'on se tient prêt à serrer fortement dès la sortie de l'instrument qui a servi à injecter. On fait ensuite un noeud droit et on dépose une goutte de collodion sur la petite suture.

On remédie au léger inconvénient de la coloration des téguments par l'action décolorante de la solution suivante, qui employée après un bon savonnage, nous a donné des résultats satisfaisants :

Benzoate de lithine 10 gr.

Borate de soude 8 gr.

Eau distillée 300 cc.

de nouveau-nés, et à l'obéissance infantile du premier âge variolique, charbon, etc. (tuberculeuse). Ces faits montrent également la prédominance des altérations diastémiques. Ces lésions de la glande intersticielle, qui ont le rôle est capital dans le développement de l'individu, conduisent les auteurs à une étude sur l'infantilisme testiculaire et les amènent à conclure avec fréquence à l'existence de l'infantilisme testiculaire sous la dépendance de lésions graves de la glande intersticielle.

depuis en bas, d'avant en arrière, et un peu de haut en bas.

prolongement.

Le testicule, à cause de son étendue se laisse déformer facilement. On le trouve dans une position normale par une forte incision horizontale.

prolongement.

On aura ainsi injecté de 280 à 300 cc. de liquide picro-crotoné. On se la garde en main que l'on puisse faire pénétrer dans la cavité péronéale sans provoquer une tension telle que l'occlusion des parois d'injection soit désormais impossible. Pour empêcher d'ailleurs tout écoulement de liquide, chaque fois que l'on va retirer l'aiguille de l'os, on passe un fil de soie à l'aide d'une petite aiguille courbe à travers et l'on se tient prêt à serrer fortement dès la sortie de l'instrument qui se sert à injecter. On fait ensuite un noué droit et on dépense une goutte de solution sur la petite ouverture.

On vérifie au léger incisionnement de la coloration des téguments par l'action décolorante de la solution suivante, qui agit après un bon lavage, nous en

donne des résultats satisfaisants :

- Bismuth de l'opie 10 gr.
- Borax de soude 8 gr.
- San distillée 200 cc.

(Mémoire honoré du Prix Rampal par le Comité Médical des B-d-R.) 1913-
(En collaboration avec M. le DR; PAYAN)

L'étude anatomo-pathologique détaillée d'une orchite aigüe chez un nouveau-né survenue 7 jours après la naissance et ayant entraînée la mort au milieu de phénomènes septicémiques a permis aux Auteurs de décrire les lésions de l'orchite aigüe du nouveau-né rarement étudiée jusque là .

Les ensemcements de fragments d'organes, comme l'hémoculture, ont donné naissance à des cultures de streptocoques .

Les lésions observées sont caractéristiques: intégrité des éléments épithéliaux, des tubes séminipares et séminifères .Hémorragies abondantes, par places vrais infarctus dans le tissu intercanaliculaire .Les éléments conjonctifs sont en voie d'hyperplasie , les vaisseaux frappés de vascularite aigüe avec infiltration des leucocytes de leur paroi.

Le tissu diastématique, enfin, respecté en quelques zones, est par ailleurs le siège de lésions dégénératives variées, allant jusqu'à la nécrose mucoïde et protoplasmique des cellules interstitielles (5 figures ou micro-photographies)

Après l'étude clinique des cas observés et un chapitre diagnostique, les Auteurs font une revue d'ensemble de tous les faits connus d'orchite de nouveau-né, et d'orchite infantile du premier âge (varicelle, curlienne, syphilitique, tuberculeuse). Ces faits montrent également la prédominance des altérations diastématiques . Ces lésions de la glande interstitielle, glande dont le rôle est capital dans le développement de l'individu, conduisent les auteurs à une étude sur l'infantilisme testiculaire et les amènent à conclure avec Souques à l'existence de l'infantilisme testiculaire sous la dépendance de lésions précoces de la glande interstitielle.

et sous les autres.

par le Van Gies

elle. Ailleurs, les altérations

tra, dans la trousse cellulaire, et précé-

(Mémorial honoré du Prix Rumpel par le Comité Médical des B-B-R.) 1913
(En collaboration avec M. le Dr. PAYAN)

L'étude anatomo-pathologique détaillée d'une orchite aigüe chez un nouveau-né survient 7 jours après la naissance et ayant entraîné la mort au milieu de phénomènes septiques à permis aux auteurs de décrire les lésions de l'orchite aigüe du nouveau-né très exactement. Les ensemencements de fragments d'organes, comme l'hémoculture, ont donné naissance à des cultures de streptocoques. Les lésions observées sont caractéristiques: intégrité des cellules épithéliales, des tubes séminaires et adénitaires. Hémorragies abondantes par places très intenses dans le tissu intersticiel. Les éléments conjonctifs sont en voie d'hyperplasie. Les vaisseaux foyers de vasculite aigüe avec infiltration du tissu conjonctif de leur paroi. Le tissu conjonctif est en quelques zones, est par ailleurs le siège de lésions dégénératives variées, allant jusqu'à la nécrose microscopique et prolifération des cellules interstitielles (à figure de micro-phagocytes). Après l'étude clinique des cas observés et un chapitre diagnostique, les auteurs font une revue d'ensemble de tous les faits connus d'orchite du nouveau-né, et d'orchite infantile du premier âge (variéales, ourliennes, syphilitiques, tuberculeuses). Ces faits montrent également la prédominance des lésions réactionnelles. Ces lésions de la glande interstitielle, qu'elles soient le rôle est capital dans le développement de l'individu, conduisent les auteurs à une étude sur l'infantilisme testiculaire et les amènent à conclure avec confiance à l'existence de l'infantilisme testiculaire sous la dépendance de lésions précoces de la glande interstitielle.

- - - - -

L'Atrophie thyroïdienne chez les athrepsiques -

(C.R. de la Société de Biologie, 18 Décembre 1913)

(En collaboration avec M. le Professeur ALZAIS)

La glande thyroïde est le siège d'altérations manifestes dans l'athrepsie. Nous avons étudié ces lésions sur quinze corps thyroïdes d'athrepsie, prélevés et fixés au Bouin peu de temps après la mort, pour réduire au minimum la possibilité d'altérations cadavériques.

Macroscopiquement, l'organe est petit, rougeâtre, de consistance très ferme, fibreuse, entre les doigts et sous le couteau. Son poids qui, à l'état normal, atteint 3 grammes à l'âge où ont été faites nos observations, ne dépasse pas, au maximum, 1 gr. 60 chez nos sujets. La glande représente alors la $1/2370$ partie du poids du corps, au lieu de la $1/1666$ qui est la proportion normale.

L'étude microscopique des pièces colorées par l'hémalum-Van Gieson ou l'hémalum éosine-orange révèle les données suivantes :

1° Lésions de l'acinus. - Dans certains acini, qui paraissent être le siège de lésions dégénératives au début, on note que le revêtement épithélial encore normal dans sa disposition possède des éléments cellulaires de structure très variable. Dans les uns, le noyau présente un état clair pseudo-vacuolaire; il est volumineux et arrondi, tranchant par son aspect pâle au milieu des sutres. Autour de lui, cytolysse légère dans le corps cellulaire. Ce dernier est généralement augmenté de volume; son apex, déshiqué, irrégulièrement, fait saillie dans la lumière de l'acinus.

D'autres cellules ont des noyaux en bâtonnets, renflés et crénelés, ou encore offrant l'aspect de petites formations nucléaires irrégulièrement ovales. Le caryoplasme est dense, vaguement granuleux; il fixe très intensément les colorants nucléaires, se montrant coloré en violet noir par l'hémalum, de beaucoup plus nombreux que les noyaux clairs, ils sont souvent tassés les uns contre les autres. Le cytoplasme qui les entoure est rose-rouge par l'éosine-orange, jaunâtre par le Van Gieson, indistinct de la colloïde et amorphe en apparence comme elle. Ailleurs, les altérations du follicule thyroïdien sont marquées par le désordre, dans la rangée cellulaire, du revête-

(C.R. de la Société de Biologie, 18 Décembre 1910)
(en collaboration avec M. le Professeur ALBAIG)

La glande thyroïde est le siège d'altérations manifestes dans l'athlétisme. Nous avons étudié ces lésions sur quinze corps thyroïdes d'athlètes, prélevés et fixés au bœuf pendant de longs jours, pour réaliser au minimum la possibilité d'altérations cadavériques.

Métroscopiquement, l'organe est petit, rougeâtre, de consistance très ferme, lisses, entre les doigts et sous le contact. Son poids est, à l'état normal, compris entre 5 grammes et 15 grammes, on ont été faites nos observations, ne dépassant pas, en maximum, 1 gr. 30 chez nos sujets. La glande représentée ci-dessous est la 1/100 partie du poids du corps, en lieu de la 1/1000 qui est la proportion normale.

L'étude microscopique des pièces colorées par l'hémalaun-Verhoeff ou l'hémalaun-Verhoeff révèle les données suivantes :

1° Lésions de l'endomètre. - Dans certains points, qui paraissent être le siège de lésions dégénératives au début, on note un revêtement épithélial encore normal sans sa disposition posséder des éléments cellulaires de structure très variable.

Dans les uns, le noyau présente un état clair pseudo-nucléaire; il est volumineux et arrondi, tranchant par son aspect pâle au milieu des autres. Autour de lui, s'organise dans le corps cellulaire. Ce dernier est également augmenté de volume; son épithélium irrégulièrement, fait saillie dans la lumière de l'endomètre.

D'autres cellules ont des noyaux en bâtonnets, ramifiés et ordonnés, ou encore obtus. L'aspect de petites formations nucléaires irrégulièrement ovalées. Le cytoplasme est dense, très intimement les colorants nucléaires, se montrant coloré en violet noir par l'hémalaun. On remarque plus nombreux que les noyaux clairs, ils sont souvent tassés les uns contre les autres. Le cytoplasme lui-même est rose-rouge par l'hémalaun-Verhoeff, jaunâtre par le Van Gieson, indiquant de la collée et amorphe en apparence comme elle. Enfin, les altérations du fol-

revêtement épithélial. Les cellules à noyau pyronotiques augmentent le nombre. Quelques-uns des éléments cellulaires s'avancent vers le centre de l'acinus, dont la lumière est notablement rétrécie. En d'autres endroits, l'acinus dépourvu de sa cavité occupée en partie par des noyaux apparemment dépourvus d'enveloppe protoplasmique et réunis en amas compacts. Enfin, il est fréquent de rencontrer des acini dont la paroi est réduite à la basale conjonctive, ou simplement dessinée par le contour de la masse colloïde plus chromophile. La lumière entière est comblée de noyaux pyronotiques amassés sans ordre dans la colloïde et simulant ainsi des îlots cellulaires pleins.

A mesure que ces lésions cellulaires s'organisent la colloïde est progressivement méconnaissable; entourant des amas de noyaux altérés répandus dans le stroma ou s'infiltrant en traînées assez larges au milieu des fibres conjonctives, cette substance possède en certains endroits toutes les affinités colorantes qui lui sont propres, puis sa teinte va en se dégradant insensiblement, supprimant ainsi toute transition entre elle et le tissu conjonctif ambiant. Ce sont d'ailleurs les altérations de ce tissu conjonctif qui présentent le plus grand intérêt dans cette étude. On trouve encore en quelques endroits, dans les régions interacineuses par exemple, de des fibrilles normales assez fines, mais le plupart des fibres du stroma, surtout dans les plages un peu étendues, s'épaississent, perdent leur aspect lamelleux. Les noyaux gardent leur disposition habituelle fusiforme. Ils paraissent très clairsemés; ils sont en réalité disséminés, séparés les uns des autres par la tuméfaction extrême du corps des fibres. Celles-ci offrent l'aspect de boyaux hyalins volumineux et contournés. Ces gros cordons dégénérés ne sont pas intimement aplés, les volutes qu'ils dessinent ménagent entre eux des interstices qui sont tantôt des capillaires aplatis et étouffés, à lumière allongée, rappelant les capillaires péri-acineux, tantôt au contraire de simples fentes interfibrillaires dans lesquelles sont disposées en assez grande abondance de petits blocs ou des traînées de colloïde. Par leurs bords ces vestiges colloïdiens se continuent insensiblement avec la substance hyaline des boyaux.

en assez grande abondance de petites fibres ou des fibrilles de collaïde. Par leur
tôt en contact de simples fibres interfibrillaires dans lesquelles se trouvent
agités et écartés. A l'intérieur allongées, rappelant les capillaires partiels, par-
qu'ils dissimulent mélangés entre eux des interstices qui sont tantôt des capillaires
cylindriques. Les gros cordons détrempés ne sont pas intimement unis, les volu-
des corps des fibres. Celles-ci offrent l'aspect de poils hyalins volumineux et
ils sont en réalité disséminés, séparés les uns des autres par la matrice extrin-
sèque gardant leur disposition habituelle festonnée. Ils paraissent très clairs et
dans les places un peu écartées, s'éclaircissent, perdent leur aspect laminaire, les
des fibrilles normales assez fines, mais la plupart des fibres du stroma, surtout
on trouve encore en quelques endroits, dans les régions intermédiaires par exemple, d
restons de ce tissu conjonctif qui présentent le plus grand intérêt dans cette étude.
transition entre elle et le tissu conjonctif ambiant. Ce sont d'ailleurs les fib-
propres, mais se joignent en se dégradant insensiblement, jusqu'à disparaître. Les fibres
tous possèdent en certains endroits des ramifications colorées, qui lui sont
s'inscrivent en quelques cases larges au milieu des fibres conjonctives, ces fibres
mécaniques; entourant des masses de noyaux situés séparés dans la même ou
A mesure que ces éléments cellulaires s'organisent la collaïde est progressivement

laine fine.

phénomènes associés sans ordre dans la collaïde et situant ainsi des îlots colla-
de la masse collaïde plus anisotrope. La lumière incidente est composée de rayons
la partie est réduite à la partie conjonctive, on simplifie tout d'abord par le contact
algues et réduits en masses compactes. Enfin, il est fréquent de rencontrer des noyaux
activité associée en partie par des rayons appartenant à des rayons de rayons de rayons
lumière est notablement réduite. En d'autres endroits, l'incidence des rayons est
presque tous les éléments cellulaires s'organisent à l'intérieur de la collaïde, tout le
révèlent également.

Il y a aussi çà et là, noyées dans le tissu conjonctif des noyaux nucléaires pyknotiques d'abord très sombres, puis de plus en plus pâles disparaissant se fondre peu à peu dans le tissu environnant.

Cette néoformation conjonctive ne semblant pas précédée du travail inflammatoire qui accompagne la sclérose ordinaire (néo-vasseaux, plasmazellen, multiplication des éléments conjonctifs) paraît présenter en somme les caractères d'une sclérose dystrophique d'un genre particulière.

Il y a aussi de la part de la population une certaine méfiance à l'égard des nouvelles méthodes de culture. On craint que les nouvelles méthodes ne soient trop coûteuses, qu'elles ne soient trop difficiles à mettre en œuvre, qu'elles ne soient trop dangereuses pour la santé. On craint aussi que les nouvelles méthodes ne soient trop liées à la technologie, qu'elles ne soient trop dépendantes des machines et des produits chimiques. On craint enfin que les nouvelles méthodes ne soient trop liées à la main-d'œuvre, qu'elles ne soient trop dépendantes des travailleurs agricoles. Ces craintes sont en fait très légitimes. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la politique agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la recherche agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la formation agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la vulgarisation agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la gestion agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la planification agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la mise en œuvre agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de l'évaluation agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la diffusion agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la promotion agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la coopération agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la solidarité agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la paix agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la prospérité agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la liberté agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de l'égalité agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la fraternité agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice sociale agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice économique agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice politique agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice culturelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice environnementale agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice intergénérationnelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice internationale agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice universelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice absolue agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice relative agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice objective agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice subjective agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice rationnelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice émotionnelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice intellectuelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice spirituelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice morale agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice légale agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice naturelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice divine agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice éternelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice infinie agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice absolue et relative agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice objective et subjective agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice rationnelle et émotionnelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice intellectuelle et spirituelle agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice morale et légale agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice naturelle et divine agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice éternelle et infinie agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice absolue, relative, objective, subjective, rationnelle, émotionnelle, intellectuelle, spirituelle, morale, légale, naturelle, divine, éternelle et infinie agricole. Elles doivent être prises en compte par les responsables de la justice absolue, relative, objective, subjective, rationnelle, émotionnelle, intellectuelle, spirituelle, morale, légale, naturelle, divine, éternelle et infinie agricole.

Anatomie pathologique des Glandes à Sécrétion Interne dans l'Athrepsie -

(Thèse de Doctorat - Montpellier 1914)

(236 pages - 4 planches, 6 figures dont 4 en couleurs).

(G.R. du XVIIe Congrès français de Médecine - Bordeaux 1923, pages 370 à 376)

Ces travaux qui sont le résultat de longues années de recherches ne peuvent être utilement présentés ici, les circonstances ne l'ayant pas permis. Le volume de notre Thèse est donc joint à cet exposé de titres et travaux scientifiques et il sera facile d'en vérifier les résultats illustrés de planches histologiques en couleurs.

L'exposé de nos recherches est précédé d'une longue étude d'Histologie normale sur toutes les glandes vasculaires sanguines : Hypophyse, Placenta chorioniques, Corps thyroïde, Parathyroïdes, Thymus, Foie, Rate, Pancréas, Surrénales, Ovaire, Testicules.

Dans ces travaux, comme dans tout l'enseignement de l'Histologie pathologique qui nous a été confié à l'Ecole de Médecine depuis 5 ans, nous avons toujours fait précéder l'étude des lésions histologiques des organes d'une description précise et complète de l'Histologie normale de ces organes.

Les données d'Anatomie et d'Histologie pathologiques sont exposées ensuite et leur description d'ensemble est tirée de l'étude détaillée de vingt observations puisées parmi plus de 100 autopsies de nourrissons. Le procédé de fixation précisée sur le cadavre par le liquide de Bouin nous a permis de poursuivre nos études Histologiques sur un matériel fixé régulièrement dix minutes après la mort.

Parmi les glandes endocrines des athrepsiques, certaines sont régulièrement et profondément modifiées. Ce sont la thyroïde, les parathyroïdes, le thymus, les surrénales et les ovaires qui présentent des altérations notables, l'hypophyse et les îlots de Langerhans du pancréas qui montrent des signes d'hyperactivité. Par contre : le foie, la rate, le tube digestif, le rein, le testicule, n'offrent pas d'altérations constantes et régulièrement graves.

La GLANDE THYROÏDE présente des altérations manifestes que nous avons étudiées

(Thèse de Doctorat - Montpellier 1914)
(236 pages - 5 figures dont 4 en couleurs).

{ O.R. du XVII^e Congrès Français de Médecine - Bordeaux 1905, pages 370 à 375

Ces travaux qui sont le résultat de longues années de recherches ne peuvent être brièvement présentés ici, les circonstances ne l'ayant pas permis. De voir de notre Thèse est donc joint à cet exposé de titres et travaux scientifiques et il sera facile d'en vérifier les résultats illustrés de planches histologiques en couleurs.

L'exposé de nos recherches est précédé d'une longue étude d'histologie normale sur toutes les glandes vasculaires splanchniques : Hypophyse, Placenta chorionique, Glande thyroïde, Parathyroïdes, Thymus, Foie, Rate, Pancréas, Surénale, Ovaire, Testicule Dans ces travaux, comme dans tout l'enseignement de l'histologie pathologique qui nous a été confié à l'école de médecine depuis 5 ans, nous avons toujours procédé l'étude des lésions histologiques des organes d'une description précise et complète de l'histologie normale de ces organes.

Les données d'anatomie et d'histologie pathologiques sont exposées avec et leur description d'ensemble est tirée de l'étude détaillée de vingt observations guéries parmi plus de 100 anéurysmes de nourrissons. Le procédé de fixation précoce sur le cadavre par le liquide de Bouin nous a permis de poursuivre nos études histologiques sur un matériel fixé régulièrement dix minutes après la mort.

Parmi les glandes endocrines des athérogènes, certaines sont régulièrement et profondément modifiées. Ce sont la thyroïde, les parathyroïdes, le thymus, les surrénales et les ovaires qui présentent des altérations nosologiques, l'hypophyse et la fôte de Langhans du pancréas qui montrent des signes d'hyperactivité. Par contre : le foie, la rate, le tube digestif, le rein, le testicule, n'offrent pas d'altérations constantes et régulièrement graves.

avec notre maître le professeur ALBAIS, après Lucian et Thompson.

Déjà Lucien, en 1908, dit que l'organe est diminué de poids et de volume, qu'il est le siège d'une solérose envahissante étouffant les acini.

Macroscopiquement : chez nos athreptiques, l'organe est petit, rougeâtre, pèse 1 gr. 60 au lieu de 3 gr. en moyenne, à l'âge où ont été faites nos observations.

Microscopiquement : les lésions de l'acinus sont caractérisées par la caryolyse de quelques noyaux, la cytolyse légère de quelques corps cellulaires et surtout la pycnose de la plupart des autres noyaux avec dégénérescence marquée du cytoplasme. A mesure que ces lésions cellulaires s'organisent, la colloïde est progressivement méconnaissable. Elle contient des masses de noyaux altérés, perd sa colorabilité normale et, souvent, s'échappe à travers la paroi bouleversée de l'acinus. Elle se répand alors en traînées assez larges dans les espaces conjonctif interacineux. Sa teinte va en se dégradant insensiblement et prend les affinités colorantes du tissu conjonctif ambiant qu'elle paraît infiltrer et imbiber.

Le tissu conjonctif interstitiel de la glande thyroïde présente les lésions les plus remarquables. En opposition avec le tassement et la destruction des acini on assiste à l'épaississement de la capsule thyroïdienne et des travées interlobulaires. Cet épaississement n'est cependant pas le fait d'une prolifération conjonctive active; dans les travées du stroma thyroïdien, on ne rencontre ni multiplications nucléaires, ni éléments fibroformaturs ni plasmazellon, ni néo-vaisseaux, rien en somme qui rappelle le travail inflammatoire accompagnant la solérose ordinaire. Les fibres conjonctives sont gonflées et hyalines sans modification visible de leurs noyaux et, entre elles, paraissent se continuer insensiblement avec leur substance, se voient en assez grande abondance des débris ou des blocs de colloïde ayant infiltré le stroma; solérose périvasculaire marquée.

ayant initié le mouvement ; certains dévouements particuliers.

de tous côtés et, entre elles, paraissent se continuer ininterrompues avec leur nature. Les fibres conjonctives sont tendues et tendues sans modification visible rien en somme qui rappelle le travail inflammatoire secondaire le plus ordinaire. Les cellules épithéliales, au contraire, sont disposées en plaques, en zones actives ; dans les zones du stroma épithélial, on ne rencontre ni cellules latentes. Ces cellules ne sont cependant pas le fait d'une prolifération conjonctive, on assiste à l'épithélium de la capsule thyroïdienne et les travées interlobulaires plus ramifiées. En opposition avec la tension et la destruction des fibres le tissu conjonctif interstitiel de la glande thyroïdienne présente les mêmes caractéristiques : il est particulièrement tendu et tendu.

de la glande thyroïdienne, la capsule thyroïdienne est particulièrement tendue et tendue. Les fibres conjonctives sont tendues et tendues sans modification visible rien en somme qui rappelle le travail inflammatoire secondaire le plus ordinaire. Les cellules épithéliales, au contraire, sont disposées en plaques, en zones actives ; dans les zones du stroma épithélial, on ne rencontre ni cellules latentes. Ces cellules ne sont cependant pas le fait d'une prolifération conjonctive, on assiste à l'épithélium de la capsule thyroïdienne et les travées interlobulaires plus ramifiées. En opposition avec la tension et la destruction des fibres le tissu conjonctif interstitiel de la glande thyroïdienne présente les mêmes caractéristiques : il est particulièrement tendu et tendu.

de la glande thyroïdienne, la capsule thyroïdienne est particulièrement tendue et tendue. Les fibres conjonctives sont tendues et tendues sans modification visible rien en somme qui rappelle le travail inflammatoire secondaire le plus ordinaire. Les cellules épithéliales, au contraire, sont disposées en plaques, en zones actives ; dans les zones du stroma épithélial, on ne rencontre ni cellules latentes. Ces cellules ne sont cependant pas le fait d'une prolifération conjonctive, on assiste à l'épithélium de la capsule thyroïdienne et les travées interlobulaires plus ramifiées. En opposition avec la tension et la destruction des fibres le tissu conjonctif interstitiel de la glande thyroïdienne présente les mêmes caractéristiques : il est particulièrement tendu et tendu.

Les PARATHYROIDES sont très diminuées de volume, leur poids oscille entre 3 milligrammes et 8 milligrammes.

Elles présentent une notable sclérose péri et intraglandulaire. Leurs cellules sont les unes claires, gonflées, vacuolaires, surchargées de graisse, les autres ont conservé leur aspect normal. La glande a le type de la parathyroïde à aspect diffus et ses lésions rappelant l'adénome graisseux de la parathyroïde; pas de colloïde visible, congestion vasculaire marquée.

Le THYMUS est aussi notablement altéré, gris, rosé ou rougeâtre; il est très diminué de volume et de consistance plus ferme que normalement; il pèse 1 gr. à 2 gr. 50 au lieu de 3 à 5 grammes.

Microscopiquement, on trouve parfois une sclérose capsulaire et interstitielle de la glande, faite de fibres gonflées et hyalinisées comme dans la thyroïde, labourant le parenchyme, enserrant les corpuscules de Hassal qui paraissent en de nombreux points se fondre dans leur coque fibreuse.

Le parenchyme présente d'autres fois l'aspect décrit par Lucien, puis par Hae Feldser sous le nom d'inversion thymique, la couche corticale étant pâle et pauvre en noyaux, la couche médullaire, au contraire, possédant un aspect sombre grâce aux nombreux mononucéaires et petites cellules thymiques qui se pressent dans son épaisseur.

Les corpuscules de Hassal sont nombreux et quelquefois présentent une ébauche de dégénérescence kystique.

Dans l'inversion thymique qui témoignerait d'une involution précoce, capsule et stroma sont peu épaissis, la sclérose est donc très faible. Ces 2 types de lésions se rencontrent chez nos sujets, les uns présentant une sclérose thymique avancée, les autres ayant simplement de l'inversion thymique sans sclérose notable.

Les SURRÉNALES, peu modifiées à l'œil nu, ont un poids inférieur à la normale, et présentent microscopiquement une couche corticale peu modifiée, pauvre en graisse.

et présentent microscopiquement une coupe corticale peu modifiée, devenue en grande partie un tissu fibreux, les modifications à l'œil nu, ont un poids inférieur à la normale,

autres étant également de l'inversion typique sans sclérose notable.

se rencontrent chez nos sujets, les uns présentant une sclérose typique avérée, les autres sont peu épais, la sclérose est donc très faible. Ces 2 types de lésions

Dans l'inversion typique qui s'accompagne d'une involution précoce, agée et de dégénérescence kystique.

Les corpuscules de Hassal sont nombreux et disséminés présentant une densité

son débris.

Grâce aux nombreux mononucéaires et petites cellules lymphatiques qui se trouvent dans

l'aire en moyenne, la coupe médullaire, au contraire, possédant un aspect comme

les follicles sous le nom d'inversion typique, la coupe corticale étant faite et

le parenchyme présente d'autres fois l'aspect décrit par Lucien, puis par

points se trouve dans leur coupe fibreuse.

les parenchymes, amassent les corpuscules de Hassal qui paraissent en de nombreux

de la glande, faite de fibres kystiques et hyalines comme dans la thyroïde, indiquant

microscopiquement, on trouve parfois une sclérose capsulaire et interstitielle

2 gr. 00 au lieu de 3 à 5 grammes.

diminué de volume et de consistance plus ferme que normalement; il pèse 1 gr. 6

Le THYMUS est aussi notablement atrophé, très, rose ou rougeâtre; il est très

valable, congestion vasculaire marquée.

ins et ses lésions rappellent l'adénome strussien de la parathyroïde; pas de cellules

ont conservé leur aspect normal. La glande a le type de la parathyroïde à aspect bleu-

les sont les masses claires, kystiques, vacuolaires, amorphes de l'épithélium, les autres

elles présentent une notable sclérose épithéliale et interstitielle. Leur volume

à milligrammes et 8 milligrammes.

les PARATHYROIDES sont très diminuées de volume, leur poids oscille entre

La médullaire est surtout altérée par de larges zones de destruction cellulaire avec des hémorragies nombreuses. Elle peut parfois être le siège d'une sclérose marquée.

Les OVAIRES ont un poids diminué, ils ont généralement l'aspect kystique; microscopiquement, l'épithélium germinatif est normal, le cortex ovarien est riche en follicules primordiaux, on peut rencontrer quelques rares follicules jeunes ou même plus évolués. Enfin, il est fréquent d'observer au sein de l'organe des ovités kystiques volumineuses pouvant atteindre jusqu'à six millimètres de diamètre. Leur paroi a une structure assez semblable à celle d'un ovisac adulte, et leur contenu est une sérosité abondante où sont inclus de nombreux débris cellulaires. Entre les kystes, aspect normal de la substance médullaire.

L'HYPOPHYSE est normale à l'œil nu, et son poids dépasse un peu les chiffres ordinaires : 10 mgr. en moyenne chez nos enfants de 2 à 3 mois.

Microscopiquement, pas de sclérose, ni capsulaire ni interstitielle.

Le lobe antérieur, sur vingt observations, présente 12 fois le type diffus, six fois le type cordonal et 2 fois le type lobulé de Laignel-Lavastine et Jonnesco.

Dans 18 cas sur 20, les cellules du lobe antérieur sont presque toutes chromophiles. Cette chromophilie presque exclusive des éléments cellulaires est, on le sait, un signe important d'hyperactivité; parmi les chromophiles, les éosinophiles l'emportent sur les cyanophiles.

Dans les hypophyses riches en cordons éosinophiles, le lobe antérieur a le type diffus, le lobe intermédiaire présente de nombreux lacs colloïdes et une fente palléale riche également en colloïde. Les vaisseaux sont congestionnés. Le lobe postérieur de ces glandes est pauvre en cellules hypophysaires antérieures, en pigment et en colloïdes, son reticulum est assez dense et vascularisé. Pas de tréponèmes dans l'hypophyse; aucune des lésions qui ont été remarquablement décrites par Sabrazès et Dupéridé, puis retrouvées par Castelli chez les hérédosyphilitiques.

La médullaire est surtout abondante par de larges zones de réaction osseuse
des hémorragies nombreuses. Elle peut parfois être le siège d'une réaction
généralisée.

Les OVAIRES ont un poids diminué, ils ont généralement l'aspect kystique;
microscopiquement, l'épithélium germinatif est normal, le cortex ovarien est riche
en follicules primordiaux, on peut rencontrer quelques rares follicules jaunes ou
jaune plus évolués. Enfin, il est fréquent d'observer au sein de l'organe des cavi-
tés kystiques volumineuses pouvant atteindre jusqu'à six millimètres de diamètre.
On y voit à une extrémité une cavité remplie d'une masse blanche, et leur contenu
est une substance épaisse et visqueuse de nombreux débris cellulaires. Dans les
autres, aspect normal de la substance médullaire.

L'UTÉRUS est normal à l'œil nu, et son poids dépasse un peu les chiffres
normaux : 10 gr. en moyenne chez nos enfants de 2 à 3 mois.
Microscopiquement, pas de adénose, ni capsulaire ni intra-capsulaire.
Le lobe antérieur, sur vingt observations, présente 15 fois le type ditte, 5
fois le type cordonal et 5 fois le type lobulé de l'hyperplasie et l'hyperplasie.
Dans 18 cas sur 20, les cellules du lobe antérieur sont presque toutes chromo-
philes. Cette chromophilie présente une certaine évolution des éléments cellulaires est, on le voit,
à peine important d'apparition; parmi les chromophiles, les éosinophiles l'empor-
tent sur les éosinophiles.

Dans les hypophyses riches en cordons éosinophiles, le lobe antérieur a le type
ditte, le lobe intermédiaire présente de nombreux foci colloïdes et une forte réaction
également en colloïde. Des vaisseaux sont caractéristiques. Le lobe postérieur de
la glande est pauvre en cellules hypophysaires endocrines, en pigment et en colloï-
de, son contenu est assez dense et vascularisé. Pas de éosinophilie dans l'hypophyse;
tous les éléments qui ont été remarquablement décrites par Balthus et Dujardin, dans

Dans les hypophyses riches en cyanophiles, le lobe antérieur a le type cordonal. Lobes intermédiaires et postérieurs identiques au type précédent.

Le PANCREAS est généralement pâle, de poids inférieur à la normale.

Microscopiquement, la glande exocrine est peu atteinte; les cavités sécrétantes sont généralement normales.

Les îlots de Langerhans (glandes endocrines) sont chez la plupart de nos sujets en nombre très considérable, mais ils présentent des altérations notables de leurs noyaux cellulaires vacuolaires ou pyknotiques, et un aspect diffus sans limites nettes du cytoplasme langerhansien; la sclérose intra-insulaire est rare, nous l'avons observée 2 fois.

Ribadeau-Dumas et Farcy en 1919 ont signalé aussi la multiplication et le développement des formations langerhansiennes chez les athrepsiques hérédosyphilitiques.

Légère sclérose capsulaire et interstitielle, canaux excréteurs et vaisseaux normaux.

Le FOIE, macroscopiquement, peu modifié, présente peu d'altérations microscopiques.

Microscopiquement, les cellules hépatiques sont par place légèrement grassieuses, d'autres fois à peine surchargées de pigment hépatique.

La sclérose capsulaire, périportale ou périusahépatique, est rare; nous l'avons rencontrée une fois chez nos malades.

Canaux excréteurs et vaisseaux indemnes. Il faut remarquer cette intégrité relative du foie chez nos athrepsiques qui contraste avec les lésions nettes et assez constantes décrites par Barbier et Cléret-Ribadeau-Dumas et Farcy chez les hérédosyphilitiques athrepsiques.

La RATE est légèrement diminuée de volume et cyanotique.

Sa capsule est parfois légèrement épaissie, les corpuscules de Malpighi sont

Le SIDA est légèrement diminué de volume et symétrique.

Apparitions athérapeutiques.

constantes dérivées par barbit et Gibrat-Ribadem-Juanes et Paryx chez les hédo-

relative du foie chez nos athérapeutiques qui contraste avec les lésions notées et assez
Unanx exécutés et vasoconstricts indommes. Il faut remarquer cette intensité

vous remonte une fois chez nos malades.

Les sédros capillaires, périphériques ou périméridiques, est rare; nous l'a-

ses, d'autres fois à peine augmentés de pigment hépatique.

Microscopiquement, les cellules hépatiques sont par place légèrement élargies

épidurales.

Le SIDA, macroscopiquement, peu modifié, présente peu d'altérations micro-

scopiques.

légers sédros capillaires et interstitiels, canaux excréteurs et vasculaires

diffus.

développement des formations lymphomatueuses chez les athérapeutiques hédo-symphili-

Ribadem-Juanes et Paryx en 1919 ont signalé aussi la multiplication et la

observés à foie.

des du cytoplasme légèrement; la sédros intra-vasculaire est rare, nous l'avons

noeux cellulaires vasculaires ou phloemiques, et en rapport direct avec les lésions

de nombre très considérables, mais ils présentent des sédros notables de leurs

lésions de lymphomes (glandes endocrines) sont chez la plupart de nos sujets

sont généralement normales.

Microscopiquement, la grande exécutrice est peu altérée; les canaux sédros

le SIDA est généralement pâle, de poids inférieur à la normale.

donc, les lésions interstitielles et postérieures identiques au type précédent.

Dans les hypophyses riches en épongiolues, la sédros est

augmentées de nombre et en activité nette.

Les cordons de Billroth sont altérés et généralement méconnaissables à cause des hémorragies abondantes qui ont bouleversé la pulpe rouge. Une macrophagie érythrolytique et une aïdrose marquée traduisent l'importance de ces hémorragies.

Le REIN est à peu près indemne. Dans un seul cas, nous avons rencontré un volumineux infarctus cortical.

Le TESTICULE est de même peu modifié.

Le TUBE DIGESTIF.- L'estomac altéré dans seulement un tiers des cas, présente des lésions destructives superficielles de la muqueuse avec hyperplasie de l'appareil lymphoïde et traînées leucocytaires abondantes dans la paroi. Les couches musculaires peuvent être infiltrées de leucocytes ou présenter une dégénérescence hyaline nette dans certains cas.

INTESTIN GRÊLE : normal à l'œil nu. Microscopiquement, dans quelques cas, desquamation par places de la muqueuse, infiltration leucocytaire et hyperplasie lymphoïde marquée dans la paroi. Lésions musculaires parfois comparables aux lésions gastriques.

Le GROS INTESTIN montre de très légères lésions de la muqueuse avec un chorion et les autres segments de la paroi conservés.

En somme, parmi les lésions les plus intenses observées chez les athrepsiques, il faut placer au premier rang les altérations de certaines glandes vasculaires sanguines ; la sclérose thyroïdienne étant parmi toutes ces altérations la plus profonde et la plus constante. Il faut noter l'intégrité presque complète du tube digestif chez les sujets observés.

Que faut-il déduire de ces constatations anatomo-pathologiques au point de vue de la pathogénie de l'athrepsie ?

Il semble logique d'admettre que les lésions endocriniennes observées jouent un

Les cordons de Biliroth sont altérés et généralement raccourcis et épaissis.
 Les névrogies aboussantes qui ont poussées la même forme. Une macrogynie épi-
 thymique et une adénose marquée traduisent l'importance de ces névrogies.
 Le sein est à peu près indurée. Dans un sein cas, nous avons rencontré un
 volumineux infarctus cortical.
 Le TÂCHON est de même peu modifié.
 Le TUBE DIGESTIF. - L'estomac altéré dans seulement un tiers des cas, présente
 des lésions destructives superficielles de la muqueuse avec hyperplasie de l'épithélium
 lymphoïde et trachées leucocytaires aboussantes dans la paroi. Les cordons musculaires
 présentent initialement de leucocytes ou présentent une dégénérescence hyaline nette
 dans certains cas.
 L'INTESTIN GRÉLE : normal à l'œil nu. Microscopiquement, dans quelques cas,
 destruction par places de la muqueuse, infiltration leucocytaire et hyperplasie
 lymphoïde marquée dans la paroi. Lésions musculaires parfois comparables aux lésions
 intestinales.
 Le GROS INTESTIN montre de très légères lésions de la muqueuse avec un épaississement
 et les autres segments de la paroi conservés.
 En somme, parmi les lésions les plus intenses observées chez les athyrogies,
 il faut placer en premier rang les altérations de certaines glandes vasculaires non-
 guées : la séreuse thyroïdienne étant peut-être toutes ces altérations la plus profonde
 et la plus constante. Il faut noter l'intégrité presque complète du tube digestif
 chez les sujets opérés.
 Que faut-il déduire de ces constatations anatomo-pathologiques au point de vue
 de la pathogénie de l'athyrogie ?

rôle important dans l'évolution de la cachexie athrepsique. Ces lésions relèvent, sans doute, d_s la vie fœtale, d'une cause héréditaire. Et les causes prénatales invoquées par Barbier comme les facteurs déterminants des atrophies et athrepsies héréditaires doivent surtout frapper le système endocrin. Les altérations du foie, rares chez nos sujets non syphilitiques, jouent un rôle important chez les athrepsiques hérédo-syphilitiques (Barbier et Oléret). Il est raisonnable de penser que les lésions des glandes endocrines observées sont toutes les effets d'une même cause, plutôt que des altérations pluriglandulaires secondaires à la lésion primitive de l'une d'entre elles. Cependant, si on compare les lésions provoquées dans le système endocrinien après les destructions expérimentales du corps thyroïde (qui est ici le plus atteint), il est possible de retrouver quelques résultats comparables aux faits expérimentaux.

La notion de ce rôle important des insuffisances endocriniennes dans l'athrepsie trouve son application et sa confirmation dans le traitement opothérapique des syndromes atrophiques et athrepsiques du premier âge. L'opothérapie thyroïdienne notamment, préconisée par Thomson, Rutinel, Alessis et Mattei, Maillet, etc., donne les résultats favorables et montre l'intérêt qu'il y a à connaître le rôle des lésions endocriniennes dans l'athrepsie. Elle constitue une partie essentielle du traitement des athrepsiques, même dans les formes hérédo-syphilitiques où elle est le complément obligatoire de la cure spécifique.

ont été obtenus de la sorte.

Les atrophies, même dans les formes intermédiaires ou les atrophies complètes, ne sont pas des maladies, mais des symptômes. Elles sont le résultat d'un processus pathologique qui agit sur le système nerveux central. Elles sont le résultat d'une lésion du système nerveux central, qui agit sur le système nerveux central. Elles sont le résultat d'une lésion du système nerveux central, qui agit sur le système nerveux central.

Les atrophies, même dans les formes intermédiaires ou les atrophies complètes, ne sont pas des maladies, mais des symptômes. Elles sont le résultat d'un processus pathologique qui agit sur le système nerveux central. Elles sont le résultat d'une lésion du système nerveux central, qui agit sur le système nerveux central. Elles sont le résultat d'une lésion du système nerveux central, qui agit sur le système nerveux central.

du corps jaune et l'apparition des règles -

{ en collaboration avec J.R. Henry)
{ XVIIe Congrès Français de Médecine, Bordeaux 1923 }

de l'ovaire. L'Etude Histologique du corps jaune chez la femme dans 46 ovaires, prélevés au cours de castrations totales et pré-ocement fixés, nous a permis d'établir les rapports pouvant exister entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles.

La théorie de Froenkel, d'après laquelle le corps jaune
L'arriverait à la période d'Etat au début des règles et regres-
serait à leur disparition, n'a été vérifiée que 4 fois.

La conception de Schikélé qui n'admet aucun rapport chronologique invariable entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles est au contraire confirmée par les autres cas observés.

A la veille des règles, l'ovaire contient fréquemment un corps jaune, mais il n'est pas toujours dans la même phase d'évolution, depuis l'ovisac à peine rompu jusqu'au corps jaune en régression. Une semaine après les règles on trouve même des corps jaunes en période d'état.

Il est enfin des sujets chez lesquels se produit une menstruation normale en l'absence de corps jaune.

Une étude histologique complète du corps jaune normal a été faite au cours de ces observations.

Recherches anatomico-physiologiques sur les ovaires et l'ovulation
du corps jeune et l'apparition des règles -

} en collaboration avec M. R. Henry
XVIIe Congrès Français de Médecine, Bordeaux 1901

L'étude histologique du corps jeune chez la femme avant
de ovaires, prélevés au cours de castrations totales et
soigneusement fixés, nous a permis d'établir les rapports
qui existent entre l'évolution du corps jeune et l'apparition des
règles.

La théorie de Frohenkel, d'après laquelle le corps jeune
arriverait à la période d'état au début des règles et
serait à leur début, n'a été vérifiée que dans
la conception de Schikels qui n'admet aucun rapport
histologique immuable entre l'évolution du corps jeune et l'apparition
des règles car au contraire constatée par les
cas observés.

A la veille des règles, l'ovaire contient fréquemment un
corps jeune, mais il n'est pas toujours dans la même phase
d'évolution, parfois l'ovaire à peine rompu jusqu'au corps
jeune en régression. Une semaine après les règles on trouve
même des corps jeunes en période d'état.

Il est enfin des sujets chez lesquels se produit une
fixation normale en l'absence de corps jeune.

Une étude histologique complète du corps jeune normal a
été faite au cours de ces observations.

Myosite du tube digestif dans les intoxications subaiguës par corrosifs -

(C.R. de la Société de Biologie 21 Avril 1914)

(En collaboration avec M. le Professeur ALBEAIS)

Chez un jeune sujet qui succomba 8 jours après l'ingestion d'une quantité moyenne d'acide chlorhydrique les auteurs ont étudié l'état de la paroi musculaire de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum, fixés 10 minutes après la mort par du formol au dixième. Ces portions du tube digestif étaient fortement dilatées, contrairement aux données classiques et l'étude histologique précise de leur paroi grâce à la fixation précoce a permis de constater des lésions musculaires inflammatoires, parfois dégénératives, qui expliquent, au moins en partie, l'ectasie des cavités.

L'étude a porté sur les fibres striées de l'oesophage et surtout sur les fibres lisses, dont l'inflammation aigüe est moins connue.

1° Oesophage .- Couche externe ou longitudinale : fibrillation longitudinale, état grillagé et multiplication nucléaire. Nombre de fibres coupées transversalement sont tuméfiées, homogènes et jaunâtres au centre.

Couche annulaire ou interne : quelques faisceaux sont peu altérés, mais la plupart présentent une fibrillation intense; ils sont pâles et abondamment nucléés. Contre la sous-muqueuse, qui est à peine reconnaissable, on trouve une couche très pâle d'éléments cellulaires vaguement polygonaux ou fusiformes, à noyaux allongés clairs ou pyronotiques, peu nombreux. Ces éléments, qui ont l'aspect de cellules musculaires isolées par régression, se continuent avec les fibres de la "muscularis", qui sont gonflées, un peu vitreuses et forment un champ rougeâtre par l'éosine-orange, infiltré de cellules embryonnaires.

2° Estomac .- Couche interne : congestion et infiltration leucocytaire intenses. Les noyaux des fibres lisses sont gros et clairs, vésiculeux, tantôt en caryolyse, tantôt en caryorrhexie. Les fibres elles-mêmes ont un aspect réticulé et sont formées de trabécules jaunâtres séparés par des espaces vasculaires que l'on voit à un fort grossissement parcourus de traînées granuleuses, vestiges du cytoplasme fibrillaire. Ça

et là on trouve des blocs volumineux, rouges par l'hémalum-éosine-orange, parsemés de noyaux pyonotiques qui paraissent dus à des fibres lisses tuméfiées et fusionnées par suite d'une sorte de nécrose de coagulation.

La couche externe présente les mêmes lésions moins prononcées.

3° Duodénum. - Les lésions rappellent celles de l'estomac, mais sont moins avancées. Il faut noter, outre la tuméfaction des fibres, la caryolyse et la pyonose des noyaux, la présence entre les deux couches musculaires de zones de fonte cellulaire, disposées en champs allongés avec énormes noyaux amorphes ou caryorrhexie.

Ces lésions musculaires du tube digestif se résument en destruction de fibres, régression plasmodiale ou cellulaire avec infiltrations embryonnaire intense sans néo-formation conjonctive, d'où perte de la tonicité et ectasie des parois.

Histologie pathologique de la péricardite syphilitique secondaire -

(En collaboration avec le M. le Pr. ODDO)
(Société de Biologie 4 Avril 1920)

Etude détaillée d'un cas de péricardite syphilitique secondaire contrôlé par l'autopsie. - L'étude de la littérature médicale française montre que ces lésions n'avaient pu être observées jusqu'ici.

Les lésions, surtout vasculaires, frappent au maximum le péricarde et semblent respecter le myocarde sous-jacent. Elles se manifestent par une exsudation méso-membraneuse disséminée à la surface de la séreuse par une desquamation endothéliale marquée, un épaissement de la charpente conjonctivo-élastique, infiltrée des troupes syphilo-mateuses diffuses. Les lésions vasculaires sont surtout importantes et se caractérisent par de nombreuses thromboses avec infiltrations syphilo-mateuses de parois vasculaires. Ces syphilomes périartériels étant surtout nombreux autour des petits vaisseaux.

Le myocarde est histologiquement intact et cette intégrité apparente, notée dans notre observation, se retrouve dans les observations de myocardite spécifique secondaire décrite en Amérique par Scott Martin où le tréponème abonde au milieu de fibres

notre observation, se retrouve dans les observations de myocardiopathie dégénérative. Notre observation est histologiquement identique à celle décrite précédemment, nous dans

laiteuse. Ces myocardiopathies dégénératives sont caractérisées par une dégénération myocytique progressive, sans par de nombreuses thromboses avec inflammations épaississantes de parois vasculaires. Les lésions vasculaires sont surtout importantes au niveau des artères. Un épaississement de la paroi des artères est la cause de la rétention par une dégénération myocytique progressive. Les lésions, surtout vasculaires, frappent en particulier le période et semblent n'avoir pu être observées jusqu'ici.

L'autopsie. - L'étude de la littérature médicale française montre que nos lésions sont caractéristiques d'un cas de myocardiopathie dégénérative secondaire décrite par

(en collaboration avec le Dr J. L. G. G.)
(Société de Biologie à Paris 1930)

Histologie pathologique de la myocardiopathie dégénérative

Les lésions musculaires du site dégénératif se résument en destruction de fibres, régénération incomplète ou incomplète avec inflammation myocytique intense sans myocardiopathie dégénérative, d'un type de la myocardiopathie dégénérative. Les lésions musculaires du site dégénératif se résument en destruction de fibres, régénération incomplète ou incomplète avec inflammation myocytique intense sans myocardiopathie dégénérative, d'un type de la myocardiopathie dégénérative. Les lésions musculaires du site dégénératif se résument en destruction de fibres, régénération incomplète ou incomplète avec inflammation myocytique intense sans myocardiopathie dégénérative, d'un type de la myocardiopathie dégénérative.

myocardiques apparemment indolores.

Comparées à la description de la péri-tonite syphilitique, de la périocardite tertiaire, faire par le Professeur Letulle, les altérations spécifiques observées dans notre cas paraissent être comme une étape de début de ces mêmes péri-tones syphilitiques.

La coupe histologique des crachats et le diagnostic des néoplasies pulmonaires -

(Revue Médicale de France et des Colonies pages 403 à 409, 1 micro-photographie)

Le procédé qui consiste à traiter les crachats entiers au point de vue de l'examen microscopique comme des lambeaux de tissus peut donner des résultats très utiles au diagnostic, dans la pratique courante.

En France, M. Glaesse, à la Société Médicale des Hôpitaux, après Lancereaux et Menetrier, publiait en 1899 deux cas où des particules solides observées dans l'expectoration, recueillies dans l'eau et incluses à la paraffine ou à la celloïdine, donnaient après coupe et coloration par les méthodes ordinaires les éléments du diagnostic de certaines néoplasies pulmonaires. A l'étranger, Davies, Betschart, Ehrlich, Kurt Wolf avaient employé aussi une technique semblable.

Ce procédé bien simple d'étude microscopique nous paraît trop souvent négligé. Malgré les résultats négatifs rapportés par Kurt Wolf, il a son utilité. Les deux faits que nous apportons ici voudraient montrer l'intérêt de cette technique pour le diagnostic de certaines lésions pulmonaires néoplasiques que l'étude clinique et radiologique laisse douteux.

Il ne faut pas méconnaître l'utilité très grande des méthodes classiques d'étude cytologique des crachats après étalement et fixations appropriées, mais il nous semble qu'un procédé permettant dans la pratique courante, la fixation immédiate du crachat, l'exploration microscopique complète par des coupes en série de la totalité du produit expectoré mérite plus de faveur qu'il n'en paraît avoir actuellement.

Sans dissocier le crachat dans l'eau avant de le fixer, comme l'indique M. Glaesse (Journal de Médecine Interne 1904), un moyen plus sûr nous paraît être de recueillir directement les crachats suspects dans un crachoir contenant du formol à 10 %;

(Journal de médecine interne 1904), un moyen plus sûr nous paraît être de recueillir
sans discuter le croquis dans l'eau avant de le fixer, comme il était M. Glasse
dont l'exposé mérite plus de faveur qu'il n'en paraît avoir actuellement.
L'exploration microscopique complétée par ces coupes en série de la totalité du pro-
duit procédant permettant dans la pratique courante, la fixation à l'état de croquis,
cytologique des caractères après déshydratation et fixation épicryptiques, tels il nous semble
Il ne faut pas méconnaître l'utilité très grande des méthodes à l'étude d'étude
laines suivantes.

de certaines lésions pulmonaires néoplasiques que l'étude clinique et radiologique ne
nous apportent pas nous permettant de montrer l'intérêt de cette technique pour la diag-
nose des résultats négatifs rapportés par Kurt Wolf, il a son utilité. Les deux faits
de procédés bien simples d'étude microscopique nous paraît trop souvent négligés.

Wolf avait employé aussi une technique semblable.

de certaines néoplasies pulmonaires. A l'étranger, Davies, Bettschert, Ehrlich, Kru-
kenberg après coupe et coloration par les méthodes ordinaires les éléments du diag-
nostic, recueillies dans l'eau et incisées à la paraffine ou à la celloïdine, con-
servation, l'analyse en 1899 dans ces de certaines lésions néoplasiques spéciales dans l'expos-
M. Glasse, à la Société Médicale des Hôpitaux, après l'analyse et

utilisé en diagnostic, dans la pratique courante.

L'examen microscopique comme des lambeaux de tissu peut donner des résultats plus
Le procédé peut consister à traiter les croquis entiers ou partie ou vers de
(Revue Médicale de France et des colonies, 1902, 1 microscopique)

Le cours histologique des caractères et la description des néoplasies pulmonaires

notre cas paraissent être comme une étape de début de ces méthodes de fixation.

claire, faite par le professeur Lottin, les éléments de ces méthodes de fixation.

Comparées à la description de la péri-onite épithéliale, les méthodes de fixation.

apportées également.

fixation précoce des plus favorables à l'examen microscopique qui suivra. Ce point essentiel de la recherche étant résolu, il ne reste qu'à inclure, couper et colorer " la pièce " selon les méthodes ordinaires de coloration, sans négliger de colorer quelques coupes au picro-carmin selon le conseil de M. Menetrier.

Observation I. - Cliniquement : Sarcome du cou-de-pied; hémoptysies.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES CRACHATS pratiqué selon la méthode précitée donna les résultats suivants : au milieu d'un mince reticulum albumineux on observait de nombreuses hématies et aussi nombreuses, des cellules rondes ou ovoïdes ayant individuellement tous les caractères nucléaires des cellules sarcomateuses au sein desquels toute structure de tissu normal était méconnaissable.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES DEBRIS DE LA TUMEUR dont des métastases visibles furent retrouvées jusqu'au niveau des vaisseaux poplités montrait un sarcome à cellules rondes et polymorphes ; ovoïdes ou légèrement fusiformes.

Observation II. - Cliniquement : depuis 2 ans hémoptysies répétées assez abondantes, signe de broncho-pneumonie chronique de la base droite, amaigrissement progressif et finalement cachexie.

A la radiographie, opacité marquée du poumon droit dans les trois-quarts inférieurs de son étendue.

Etude de l'expectoration. - Des examens multipliés de crachats par simple frottis ne montrèrent jamais de bacilles de Koch, bien que souvent l'expectoration fut hémoptique ou muco-purulente, rien à retenir non plus au point de vue cytologique.

30 Quelques jours avant notre examen, en 1923, le malade avait eu encore un examen de crachats entièrement négatif. L'expectoration que nous avons eu à observer était muco-purulente et striée de sang. Recueillie et traitée selon la technique précitée, elle révéla dans une des premières coupes histologiques observées, la présence de formations cellulaires épithéliales dont nous donnons ci-dessous une microphotographie assez démonstrative pour que leur description soit brève.

Observación 1.- El Olinpimento : Excorone de con-de-pied; ingpyvies .

L'ÉTAT HISTORIQUE DES DÉBILS DE LA TIERCE DONT DES MÉTASTASES VISIBLES TIENT
RETENUES JUSQU'AU NIVEAU DES VAISSEAUX POPULAIRES MONTRAIT UN SARCOME À CELLULES NON-
REUNIES ET POLYOMORPHES : OVÉOÏDES OU LÉGÈREMENT INFLAMMÉS.

La Commission a été constituée le 15 mars 1960. Elle a pour mission d'étudier les questions relatives à la mise en œuvre de la loi de 1958 sur la décentralisation et de proposer des mesures pour améliorer l'efficacité de l'action administrative.

[illegible]

Au milieu de nombreux polynésiaires on peut reconnaître un beau globe épithélial en tous points semblable à ceux des épithéliomas pavimenteux lobulés ou spino-cellulaires les plus classiques.

Il s'agissait donc d'un épithélioma primitif du poumon pavimenteux lobulé du type que M. Menetrier a si complètement étudié et dont il a montré l'origine dans une véritable métaplasie de l'épithélium bronchique devenu pavimenteux sous l'influence d'irritations chroniques prolongées.

A condition qu'on veuille bien penser à la mettre en oeuvre, la méthode de la fixation précoce et de la coupe histologique des crachats permet d'identifier certains cas douteux de lésions pulmonaires néoplasiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

APPAREIL DIGESTIF

1° Disposition anormale des valvules conniventes dans l'intestin grêle de l'adulte, suivie d'une étude sur l'anatomie comparée des valvules conniventes.

(Marseille Médical 1er Avril 1913. P. 229-4 pages)

Observation d'un sujet humain présentant des valvules conniventes sur toute la hauteur du grêle, disposition analogue à celle de certains vertébrés inférieurs qui font l'objet d'une étude d'anatomie comparée terminant le travail.

2° Ulcérations de l'œsophage et de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique

(Marseille Médical 1er Juin 1913 P° 360)

3° Néoplasme de l'estomac et du pancréas -

(Marseille Médical 15 Juillet 1913 - P. 450)

(en collaboration avec le M. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX)

4° Large ulcère de l'estomac chez un tuberculeux -

(Marseille Médical 15 Juillet 1913 - P. 452)

(en collaboration avec MM. les Dr. AMES & REBOUL LACHAUX)

Le nombre de points semblable à ceux des équations précédentes est de 12.

La fixation précoce et de la coupe histologique des crânes permet d'identifier à condition qu'on veuille bien penser à la lecture en sens inverse, la méthode de détermination des anomalies chromosomiques néoplasiques.

АНАТОЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ДОРОЖНИКОВ

$$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \left(\frac{1}{2} + \frac{i}{2} \right) \frac{1}{\sqrt{\pi}} \left(\frac{1}{2} - \frac{i}{2} \right) = \frac{1}{\pi} \left(\frac{1}{4} + \frac{1}{4} \right) = \frac{1}{2\pi}$$

- DIGESTED -

10. Disposition en faveur des valeurs comprises dans l'intestin grêle de l'adulte, ainsi que d'une étude sur l'impact comparé des valeurs comprises dans l'intestin grêle de l'adulte et de l'enfant.

(Marshall's Medical for April 1918, p. 229-4 pages)

Observation d'un autre humain présentant des variations comparables aux constatées chez les autres individus de cette espèce. Les constatations faites sur les individus de cette espèce sont les suivantes :

de l'Université de l'espagnol et de l'entente par injection d'acide chlorhydrique

(Verschiedene Methoden der Zahnreinigung)

20. Neoplasms of the stomach and duodenum -

(in collaboration with the Dr. Ch. Fernand ZACHARY)
(Nurses in Hospital in July 1915 - p. 480)

Le large réseau de l'estomac offre un tuberculeux -

(en collaboration avec M. les Dr. AYRES & RESOUL LACHANAUX) (Marselle Médical 15 Juillet 1913 - p. 482)

5° Triple perforation duodénale chez la femme enceinte -

- (Communication à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier
en la séance du 5 Juin 1912 (3 pages 1 fig.)
(en collaboration avec M. le Professeur GUERIN VAINAUX)

6° Cancer nodulaire primitif du foie -

- (En collaboration avec MM. les Drs. ESCOFFIER et BADETTI)
(Marseille Médical 1er Avril 1913)

7° Appendicite ascendant rétro cœcal adhérent par sa pointe à la portion juxta-
pylorique du duodénum -

- (Marseille Médical 1er Juin 1913, P. 362)
(en collaboration avec M. le Docteur DOR)

APPAREIL CIRCULATOIRE -

1° Aortite thoracique chronique, artérite symétrique des artères tibiales gangrène
consécutives -

- (Marseille Médical 15 Juillet 1913, P. 446 - 4 pages)
(en collaboration avec M. le Dr. CH. REBOUL LACHAUX)

2° Artérite et thrombose de l'aorte abdominale avec gangrène des deux membres
inférieurs -

- (Marseille Médical 1er Janvier 1914, P. 14 - P. 17)

3° Anévrysme de la crosse aortique et tronc brachio-céphalique -

- (en collaboration avec MM. les Drs BADETTI et Ch. REBOUL LACHAUX)
(Marseille Médical 1er Avril 1913)

4° Déminsertion valvulaire par aortite ulcéreuse aiguë -

- (Marseille Médical 15 Juillet 1913 . P. 454)
(en collaboration avec M. le Dr. CAMBON)

ETUDES DIVERSES -

1° Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe osseuse
Etat réticulaire de la voûte crânienne -

- (Par L. PAYAN et Ch. MATTEI)
(Gazette des Hôpitaux 1912)

Cette étude détaillée d'une observation clinique et anatomopathologique

Cette étude détaillée d'une observation clinique et anatomopathologique

(Par L. PAYAN et G. MATTEI)
(Gazette des Hôpitaux 1913)

Etat légiculaire de la voute crânienne -

1° Méninges multiples de l'axe cérébro-sпинаl et de son enveloppe osseuse

ETUDES DIVERSES -

(en collaboration avec M. le Dr. CAMBON)
(Marseille Médical 15 Juillet 1913 - P. 484)

4° Détermination valvulaire par méthode microscopique aigüe -

(Marseille Médical 1er Avril 1913)
(en collaboration avec M. le Dr. BADENET et G. RENOUX LACHAUX)

3° Anévrysmes de la croûte corticale et tumeurs prosopico-oculaires -

(Marseille Médical 1er Janvier 1914 - P. 14 - P. 17)

Indicateurs -

3° Arthrite et thrombose de l'artère épigastrique avec l'embolie des deux membres

(en collaboration avec M. le Dr. G. RENOUX LACHAUX)
(Marseille Médical 15 Juillet 1913 - P. 448 - 4 pages)

consécutives -

1° Arthrite thrombotique chronique, arthrite synoviale des arêtes tibiales supérieures

APPAREIL CIRCULATOIRE -

(en collaboration avec M. le Docteur MOR)
(Marseille Médical 1er Juin 1913 - P. 383)

valvulaires du cœur -

2° Arthrite ascendante rétro osseuse entraînant par sa pointe à l'ostéomyélite

(Marseille Médical 1er Avril 1913)
(en collaboration avec M. le Dr. BADENET et BADENET)

5° Osseux nodulaires primitifs du fémur -

(en collaboration avec M. le Professeur GUYON VALLÉE)
(en la séance du 3 Juin 1913 (3 pages) 1913)
(Communication à la Réunion spécialisée de l'Association de ...)

6° Triplic partition duodénale chez la femme enceinte -

complétée par une image radiographique décrit un type assez rare de malformation de la voûte orasienne.

2° Malformations congénitales des voies d'excrétion urinaire chez plusieurs nouveau-nés -

(Marseille Médical 1er Juin 1922)
(par L^s PAYAN et Ch. MATTEI)

3° Fractures multiples du thorax, de l'omoplate, Fractures et luxations de l'épaule.

(Marseille Médical 15 Juin 1913. P. 303 - 9 pages, 3 figures)
(en collaboration avec MM. le Dr. MARTIN LAVAL et Ch. REBOUL LACHAUX)

4° Kyste dermoïde de l'oreille -

(Comité Médical Janvier 1912)

5° Néoplasme du larynx -

(Marseille Médical 1er Avril 1913 . P. 238)

6° Cancer de la voûte orasienne -

(Marseille Médical 1er Avril 1913)
(en collaboration avec M. le Dr. de LUNA)

7° Hydréphrose ayant fait croire à un kyste du mésentère, néphrectomie-guérison-

(Marseille Médical 1912)

complète par nos soins radiographiques décrire les lésions
de la voute crânienne.

20 Informations concernant les des voies d'excrétion biliaire et

versus nés -

(Revue Médicale 1er Juin 1912)
(par Dr. PAVAN et Dr. MATHIEU)

20 Pratiques multiples du thorax de l'omoplate à l'apex de la

(Revue Médicale 15 Juin 1912, P. 208 - 2 pages, 2 figures)
(en collaboration avec M. le Dr. MARCEL LÉVY et Dr. LÉON LÉVY)

20 Voute déformée de l'ovaire -

(Comité Médical Janvier 1912)

20 Kéloïdes du larynx -

(Revue Médicale 1er Avril 1912, P. 228)

20 Cancer de la voute crânienne -

(Revue Médicale 1er Avril 1912)
(en collaboration avec M. le Dr. de LUNA)

20 Fractures ayant fait croire à un kyste du méninge, néoplasme ou

(Revue Médicale 1912)

LA CHOREE DE SYDENHAM - Revue Générale, Gazette des Hôpitaux 16 et 23 Novembre 1912 - 16 pages - Revue Générale en Collaboration avec Mr. le Docteur PAYAN.

Les auteurs ont mis particulièrement en lumière l'importance des signes organiques dans le syndrome choréique et la certitude de l'existence d'une lésion de l'axe cérébro spinal comme substratum du syndrome de la chorée de Sydenham.

ECCHYMOSES PONCTUEES AU COURS D'UNE OESOPHAGOSCOPIE, - Comité Médical des B-d-R. 1911-

OBSERVATION D'UN MALADE ATTEINT DE MENINGITE CEREBRO SPINALE AYANT FAIT CROIRE A UNE OCCLUSION INTESTINALE - . Marseille Médical 1911-

DEUX CAS D'HEREDO- ATAXIE CEREBELLEUSE - En collaboration avec Mr. le Pr. OMBROSI - Société de Neurologie-Paris 1913

Etude complète de deux cas observés par les auteurs au point de vue clinique et description clinique détaillée de l'affection.

RECHERCHES SUR LES RELATIONS PATHOLOGIQUES et NORMALES DU REIN et de l'INTESTIN.

1° Variations du taux de l'urée sanguine au moment de la crise urinaire dans les cas de troubles gastro-intestinaux avec insuffisance rénale - (C.R.Sté Biologie 4/11/16

2° Variations de la constante d'Ambar au cours de l'insuffisance rénale avec troubles gastro-intestinaux - (C.R. Société de Biologie - Avril 1917)

3° Syndromes cholériformes et insuffisance rénale dans la dysenterie ambienne chez les Soldats en campagne - (Bull.Soc.Méd. des Hôp. de Paris- 16-11-

4° Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux chez les soldats en campagne (Paris Médical 1917)

5° Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition- Paris 1918)

6° Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux éclairant la physio pathologie des fonctions rénales - (Conférence Comité Médical des Bouches-du-Rhône 1920)

- - - -

syndromes diarrhéiques de gravité moyenne ou d'allure cholériforme dans lesquels l'existence de l'insuffisance rénale aggravait les troubles intestinaux.

Les diagnostics de l'insuffisance rénale basés sur l'étude parallèle de l'hyperazotémie et du faible pouvoir de concentration urinaire du rein nous avait conduit à penser que la thérapeutique dans les divers cas observés ne pouvait être efficace qu'en s'attaquant d'abord aux troubles rénaux observés.

Les résultats obtenus ont montré, en effet, que parmi les infections intestinales ordinaires ou les dysenteries caractérisées, il y a des syndromes intestinaux dans lesquels l'état du rein fixe le pronostic et doit guider le traitement.

Cette étude a également permis d'étudier presque expérimentalement les phénomènes de la concentration sanguine prériténale (en urée) décrits par Monsieur le Pr.

VIDAL et ses élèves.

le poids incompressible, l'aspect ... d'un ...

- - - - -

ETUDE CLINIQUE SUR LES GROSSES PAROTIDES DES SOLDATS EN CAMPAGNE - (Presse Médicale Paris 1918)

L'étude systématique des malades évacués pour oreillons dans une ambulance de campagne a permis de constater la fréquence du "gros parotide", maladie qui se présente sous un type contagieux d'armée nous a montré que les oreillons vrais représentaient à peine le 40 % des cas observés les "fausses grosses parotides" mines à part (10 %), on a pu constater que la maladie se présente sous un type contagieux d'armée plus important encore de "gros parotides vraies" non ouïennes.

Par ces parotides dites non ouïennes, à côté des très rares parotidites des maladies infectieuses, se rangent les très nombreux cas de "gros parotides invariables" sans atteinte de l'état général ni aucune signe clinique que la tuméfaction lobulée et assez dure des parotides; sorte de cirrhoses parotidiennes hypertrophiques.

- - - - -

Amphibole ... - Phlébite 4 cas - Syndrome de purpura infectieux 1 cas.

RAPPORT SUR LES ETATS TYPHOÏDES DANS LA 111^e ARMÉE de 1914 à 1916
(Réunion Médico-Chirurgicale de la 111^e Armée 10 Janvier 1916 Bar-le-Duc)

Chargé par le Médecin Inspecteur Général de l'Armée de faire un rapport sur les états typhoïdes traités de 1914 à 1916 à l'Hôpital Central et contagieux de Bar-le-Duc et dans notre propre service nous avons rédigé une étude d'ensemble au point de vue clinique des 6.000 observations recueillies au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1914-1916.

Nous avons été conduits à distinguer deux périodes dans le cours de cette épidémie. Une première période allant du mois d'octobre 1914 au mois d'avril 1915 caractérisée par la gravité des cas de fièvre typhoïde observés. Ils se présentaient sous un des trois aspects suivants:

Forme rapide hyperthermique avec signe nerveux persistant et évolution vers la mort dans la plupart des cas en 5 ou 8 jours

Forme rapide sans hyperthermie le thermomètre dépassait ici rarement 38 le pouls incomptable, l'aspect du malade témoignait d'un collapsus cardiaque rapide souvent accompagné d'algies évolution en 3 ou 8 jours.

Forme grave évoluant lentement avec l'allure des descriptions classiques à signaler ici la fréquence du début brusque, quelques cas très nets du début en deux temps, enfin certaines formes caractéristiques que nous avons appelées (formes à épisodes thermiques) répétées entre lesquelles on voyait des périodes régulières d'aggravation l'ensemble de la courbe rappelant celle de la fièvre de Malte.

Les complications au cours de ces formes graves lentes se sont présentées de la façon suivante: Sur 452 cas observés attentivement:

Appareil digestif: Parotidite 3 cas; hémorragie intestinale 3 cas; perforation intestinale 7 cas; foie angiocholite 2 cas; cholecystite 1 cas;

Bate hématoïde rompu 1 cas

Reins néphrite aiguë grave caractérisée 1 cas

Appareil circulatoire myocardite 13 cas - Phlébite 4 cas - Syndrome de purpura infectieux 1 cas.

Il cas sur 4.000 - appendicite 9 cas sur 4.000 - abcès péri-utérins 17 cas sur 4.000.

Appareil respiratoire : Laryngotypus 1 cas; pneumonie et broncopneumonie secondaires 18 cas, infarctus du poumon 3 cas abcès gangreneux du poumon 2 cas.

Système nerveux : méningite 5 cas polynévrite 2 cas.

Complications diverses : Otite 1 cas; Périostite 1 cas; abcès métastique 9 cas, eschame 7 cas.

Mortalité : Sur cas 452 cas, 52 décès.

Morts au milieu de phénomènes infectieux graves 19; Par perforation intestinale 6, par hémorragies intestinales 1, par hématome de la rate 1, par myocardite 5; par myocardit et accident pulmonaire 16; par accidents ménagés 5.

Pour l'ensemble des cas observés par ailleurs la mortalité au cours de cette période a été de 12,5 %.

LA SECONDE PERIODE apparue après une rémission d'avril à Juin 1915 s'est étendue de Juin 1915 à Janvier 1916. On y a observé souvent le mode de début brusque avec frissons et vomissements, de même le début en deux temps; une première ascension thermique suivie d'un retour à l'état normal pendant 2 à 5 jours puis évolution classique de fièvre typhoïde comme si une première fièvre d'inoculation avait été la première manifestation morbide. Un fait qui nous a frappés est la fréquence de quelques signes nets au sommet droit en particulier chez les malades hyperthermiques: murmures vésiculaires plus rudes; inspiration granuleuse et sèche, expiration soufflante. Tous signes s'atténuant à la défervescence.

L'évolution de la fièvre typhoïde nous a permis aussi dans cette période une étude complète et détaillée de la symptomatologie classique des fièvre typhoïdes et paratyphoïdes. Ici encore les formes à épisodes ont été fréquentes après la guérison on a noté chez beaucoup de sujets la persistance d'une irritabilité cardiaque marquée et de tachycardie fréquente.

Les complications ont été infiniment moins nombreuses que dans la première période;

Appareil digestif : Parotidites très nombreuses et d'un pronostic relativement bénin 21 cas sur 4.000 - hémorragies intestinales 9 cas sur 4.000 - perforation intestinale 11 cas sur 4.000 - appendicite 9 cas sur 4.000 - abcès périanaux 17 cas sur 4.000 -

Appareil digestif : Perostictes très nombreuses et d'un pronostic relativement bon; complications ont été infiniment moins nombreuses que dans la première période;

et détaillées de la symptomatologie classique des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

volition de la fièvre typhoïde nous a permis aussi dans cette période une étude complète

nos examens et sténose, éruption soufflée. Tous signes s'attendant à la dépression-

rticuliers chez les malades hyperthermiques; mictions volontaires plus rares; inspiration

ait qui nous a frappés est la fréquence de quelques signes mais en somme il existait en

comme si une première fièvre d'inoculation avait été la première manifestation morbide

n retour à l'état normal pendant 2 à 5 jours puis évolution classique de fièvre typhoïde

remises, de même le début en deux temps; une première ascension thermique suivie

in 1916 à janvier 1918. On y a observé souvent le mode de début brusque avec frissons

SECONDE PERIODE apparue après une rémission d'avril à juin 1918 s'est étendue de

début de 12, 3, 2,

sur l'ensemble des cas observés par ailleurs la mortalité au cours de cette période

a accident pulmonaire 10; par embolie mésentérique 5.

et hémorragies intestinales 1, par hémorrhagie de la rate 1, par pyothorax 2; par mycoses

orte au milieu de phénomènes infectieux graves 10; Par perforation intestinale 6.

ortalité : Sur des 486 cas, 52 décès.

Tous :

complications diverses : Otitis 1 cas; Péritonite 1 cas; abcès hépatiques 3 cas, méningites

vues nerveuses : méningite 3 cas polyvéricelle 3 cas.

cas, infections du poumon 3 cas abcès hépatiques du puerper 3 cas.

Généralités : Laryngopharynx 1 cas pharyngite et prolongement secondaire

Foie 24 icteres sur 4.000 cas; cholecystites supurées 3 sur 4.000 cas

Reins phlegmonéphrite 2 cas sur 1.000 .

Appareil circulatoire Troubles du rythme avec irritabilité cardiaque 1 cas sur 50 malade
Myocardite grave 7 cas sur 1.000 malades - phlébite 5 cas sur 1.000 malades - artérite
avec gangrene des membres inférieurs 2 cas sur 4.000 - purpura grave 2 cas sur 4.000

Appareil respiratoire En dehors des modifications fréquentes des sommets exposées plus
haut bronchopneumonie 2 cas sur 1.000; pleurésie purulente 3 cas sur 1.000

Système nerveux : Quelques cas de syndromes méningés peu graves 3 cas d'arthérite
cérébrale avec ramollissement .

Complications diverses : Otites 12 cas sur 4.000 - dont 4 mastoïdites - myosites
supurées fréquentes / Muscle grand droit 2 cas sur 4.000 - muscles des membres 2 sur
4.000; du thorax 1 sur 4.000; muscles spécaux 1 sur 4.000; thyroïdite supurée 1 cas
sur 4.000; orchites aiguës 4 cas dont 3 supurées/

Associations morbides sur 6.000 cas - 96 diphtériques , 4 scarlatines, 8 oreillons.

Mortalité Dans cette seconde période sur 2.222 malades les trois derniers mois 30
décès soit 1,35 %.

Caractères bactériologiques des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquen-
ce décroissante du bacille d'Eberth dans les hémocultures;

	Juillet	Août	Sept.	Octobre	Décembre
EBERTH	33,7 %	16,2 %	16,2 %	3,9 %	1,1 %
PARA A.	40 %	59,3 %	83,8 %	76,3 %	91,4 %
PARA B.	25,4 %	24,6 %	28 %	19 %	7,5 %

Au point de vue des caractères cliniques la différentiation entre les fièvres typhoïdes/
et paratyphoïdes ne nous a pas paru possible; de même on ne saurait parler de différence
de gravité selon la nature de la cause bactériologique dans l'épidémie que nous avons
observée la fièvre paratyphoïde B. a été la cause fréquente d'évolution grave.

L'évolution favorable de l'épidémie observée de 1914 vers 1916 paraît relever de causes
diverses; L'amélioration des conditions hygiéniques de la vie du soldat avec la stabili-
sation du front; la rapidité plus grande des évacuations en cas de maladies organisation

1. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 2. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 3. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 4. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 5. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 6. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 7. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 8. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 9. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.
 10. Examen bactériologique des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence
 des Streptococcus du bacille d'Eberth dans les hémocultures.

	Janvier	Avril	Sept.	Octobre	Décembre
1. 1. 1.	23.7 %	16.8 %	16.8 %	2.9 %	1.1 %
2. 2. 2.	40 %	39.3 %	39.8 %	76.3 %	61.4 %
3. 3. 3.	25.4 %	24.5 %	28 %	19 %	7.5 %

point de vue des caractères cliniques la distinction entre les formes typiques
 paratyphoïdes ne nous a pas paru possible; de même on ne saurait parler de différences
 graves selon la nature de la cause bactériologique dans l'épidémie que nous avons
 observée la fièvre paratyphoïde B. a été la cause fréquente d'épidémie grave.

conclusion favorable de l'épidémie observée de 1914 vers 1916 paraît relever de causes
 diverses: l'amélioration des conditions hygiéniques de la vie du soldat avec la stabilisation

meilleure des moyens thérapeutiques, enfin l'influence de la vaccination anti-typhoïdique préventive.

Notre étude comprend enfin un bref exposé des moyens thérapeutiques mis en œuvre avec une mention spéciale pour les excellents résultats obtenus dans les formes graves par l'application de la glace sur le ventre et sur le cœur comme moyen de réfrigération dans les conditions pratiques où furent traités nos malades. Ce moyen de réfrigération s'est montré incomparablement supérieur aux affusions froides et à la balnéation.

Parmi les états typhoïdes relevant d'autres causes que le bacille d'Eberth et les para, nous avons relevé quelques cas de grippe, quelques icères infectieux jamais de typhus et d'assez nombreux cas de bacillose septicémique.

Une forme de typhus à évolution atypique, à manifestations

RECHERCHES SUR L'EPILEPSIE CARDIAQUE

(En collaboration avec Mr le Prof. ODDO)
Après avoir eu l'honneur de collaborer avec le Prof. ODDO pendant de nombreuses années, j'ai eu l'occasion de faire l'étude d'une observation complète de mal comitial avec crise convulsive nette fugue à côté des sorties épileptiques et du pouls lent permanent seule manifestation classique état mental particulier obscur aortique indomable de toute épilepsie jusqu'à 60 ans.

Une forme grave dans laquelle au cours de certains accidents convulsifs généralement généraux, dans cette dernière sont longuement étudiées les hypothèses pathogéniques et le diagnostic de l'épilepsie cardiaque. Les auteurs ont également mis en lumière l'importance de ces cas où la thérapeutique des crises comitiales est avant tout celle des accidents hypostoliques ou asystoliques qui conditionnent l'épilepsie et la font disparaître en disparaissant eux-mêmes.

Un cas d'épilepsie cardiaque. (Comité des B.D.R. 1919)
Après la lecture des constatations faites par les auteurs sur les manifestations myocardiques et les accidents hypostoliques ou asystoliques qui conditionnent l'épilepsie et la font disparaître en disparaissant eux-mêmes.

Un cas d'hémophilie traitée et guérie par L'HEMATO RHYTHOÏDINE.
THYROIDITE AIGUE AU COURS DU TRAITEMENT.

(En collaboration avec le Professeur ODDO Sté Médicale des Hôp. de Paris 1921)
Après la lecture des constatations faites par les auteurs sur les manifestations myocardiques et les accidents hypostoliques ou asystoliques qui conditionnent l'épilepsie et la font disparaître en disparaissant eux-mêmes.

Notre étude comprend enfin un bref exposé des moyens thérapeutiques mis en œuvre avec une mention spéciale pour les excellents résultats obtenus dans les formes graves par l'application de la glace sur la ventricule et sur le cœur comme moyen de réfrigération. Dans les conditions pratiques on trouve traités nos malades, ce moyen de réfrigération est montré incomparablement supérieur aux autres méthodes et à la balnéation.

Par ailleurs les ÉTATS TYPHOÏDES relevant d' autres causes que les bacilles d'Eberth et les paratyphoïdes nous avons relevé quelques cas de grippe, quelques infections intestinales, quelques cas de typhus et d'autres nombreux cas de bacillémie septicémiques.

- - - - -

CONCLUSION. L'ÉPILEPSIE CARDIAQUE (En collaboration avec M. le Prof. OCHO).

L'étude d'une observation complète de malade souffrant d'une affection cardiaque nous a permis d'établir certains points importants de la pathologie cardiaque. Les auteurs ont également mis en lumière les accidents épileptiques ou épileptiformes qui compliquent l'épilepsie et la font d'une importance de premier ordre. Les épileptiques cardiaques ont également mis en lumière les accidents épileptiques ou épileptiformes qui compliquent l'épilepsie et la font d'une importance de premier ordre. Les épileptiques cardiaques ont également mis en lumière les accidents épileptiques ou épileptiformes qui compliquent l'épilepsie et la font d'une importance de premier ordre.

En cas d'épilepsie cardiaque (Comité des B.D.R. 1919) Médical.

Le Diagnose Cardiaque (Revue Générale - Gazette des Hôpitaux 1919)

LE CAS D'HEMOPHILIE TRAITÉ ET GUÉRI PAR LA MÉTHODE HYPODERMIQUE.

HEMOPHILIE AIGUE AU COURS DU TRAITEMENT. (En collaboration avec le Professeur OCHO 24 Médical des Hôp. de Paris 1921)

Observation complète accompagnée d'une mise au point de la question des relations entre les glandes endocrines et l'hémostasie spontanée au cours des diathèses hémorragiques.

LA SYPHILIS SECONDAIRE DU COEUR ---

(En collaboration avec Monsieur le Prof. GILLO)

Académie de Médecine Mars 1920

Archives des Maladies de Cœur et des Vaisseaux 1920

XV^e Congrès de Médecine Française. Strasbourg 3 Octobre 1941

Au cours de ces diverses études les auteurs ont mis en lumière l'importance diagnostique

et thérapeutique de syphilis secondaire du coeur grace à une observation clinique et

anatomo-pathologique complète accompagnée de diverses planches d'histologie pathologique

SECRET

Les auteurs pensent qu'il faut considérer la syphilis sec

question actuelle très présente bien que très peu connue.

1101: non resident: assets on 12/31/00 of \$1,000,000 or more

Cliniquement. - Cliniquement elle peut revêtir deux formes distinctes:

Une forme bénigne dont les troubles du rythme cardiaque sont les seules manifestations

et pour éliminer les lésions graves du territoire. Parmi ces lésions graves

et peuvent provoquer les lésions graves du
système vasculaire systémique et du

doivent se ranger bon nombre de myocardites chroniques et de lésions valvulaires mitrales

à côté des aortites spécifiques et du pouls lent permanent seule ma

funcionei de probabilitate teoretice de calcul

jusqu'ici de typiques certains du genre.

Une forme grave dans laquelle au cours de certains accidents asystoliques généralement

Marshall, L. A., Dept. of the Interior, Wash.
 Bureau of Land Management, Dept. of the Interior, Wash., D. C.

crusques et de causes apparemment très connues il

On peut mourir par le coeur à la période secondaire de la syphilis.

... les données d. 63+ ... et 13: 12 ...

Anatomiquement les lésions observées par les auteurs montrent que l'atteinte spécifique donne une description globale et précise.

frappe les vaisseaux et par eux surtout le péricarde.

Reported on: 11/11/2011

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

OMG! Great article. As usual.

1941

action délicate très présente dans les yeux comme dans les autres parties de l'appareil locomoteur.

Attachment - 3. Attachment of the above mentioned property to the above mentioned property.

Une forme spéciale sont les "trousses de systèmes cardinaux" sont les séries cardinales.

Une fois revus dans la salle au cours de certains exercices physiques, les élèves ont pu constater que les valeurs et par eux surpasse les précédentes. Les résultats ont été obtenus par les mêmes méthodes que les précédentes.

Les constatations des enquêtes ont permis de constater que les entreprises ont tendance à augmenter leurs dépenses de formation et de développement des ressources humaines, ce qui est une bonne nouvelle pour l'avenir de la région.

une préparation analogue à celle qui doit préparer le ou les végétaux destinés à l'analyse de leurs produits. Les préparations analogues à celle qui doit préparer le ou les végétaux destinés à l'analyse de leurs produits.

QUESTIONS DE GARDE DE MEDICINE

pour l'Internat des Hôpitaux de Marseille
(en collaboration avec Mr Paul GIRAUD)

I Volume 140 Pages
Imprimerie Méridionale
Marseille 1921

Interne des Hôpitaux.

Ouvrage didactique destiné à la préparation de l'épreuve dite de QUESTIONS DE GARDE
du concours d'Internat des Hôpitaux de Marseille.

Cet ouvrage expose brièvement les principaux tableaux cliniques de la médecine d'urgence
et résume la thérapeutique des cas d'urgence médicaux.

Ainsi sont rapidement passés en revue le diagnostic et le traitement des questions d'urgence
ce qui comprend la pathologie de l'appareil respiratoire, du tube digestif, du système
nerveux, des appareils circulatoires et urinaires, la pathologie des maladies générales,
des glandes vasculaires sanguines et des intoxications.

DONNEES ACTUELLES SUR L'ANATOMIE, la PHYSIOLOGIE, la PATHOLOGIE DU CORPS STRIE

Monographie de 50 pages en collaboration avec Mr Jean REBOUD LACHAUX, Interne des Hôpitaux
Marseille 1921, Imprimerie Marseillaise.

Ce travail comprend une étude détaillée de l'anatomie et de la physiologie du corps strié
selon les données classiques et les données récentes.

Après une description clinique et anatomopathologique des diverses affections nerveuses
rapportées aux altérations du corps strié, les auteurs ont tracé un tableau d'ensemble de
divers syndromes moteurs. Ainsi apparaît l'importance des données récentes qui apportent
une lumière nouvelle dans l'étude des troubles de la motilité. Elles éclairent en effet
le chapitre si confus jusqu'ici des troubles du tonus, de l'agitation rythmique et
arythmique des muscles, des syndromes parkinsoniens. A côté du syndrome pyramidal
et du syndrome cérébelleux se rangent donc désormais les syndromes extra-pyramidaux
dans la production desquels les lésions du corps strié jouent un rôle important si
non exclusif.

pour l'internat des Hôpitaux de Marseille
(en collaboration avec M^r Paul GIRAUD)
Interne des Hôpitaux.

1 Volume 140 Pages
Imprimerie Médicale
Marseille 1921

ouvrages didactiques destinés à la préparation de l'épreuve dite de QUESTIONS DE GARDIE
du concours d'internat des Hôpitaux de Marseille.
Cet ouvrage expose brièvement les principaux tableaux cliniques de la médecine d'urgence
et résume la thérapeutique des cas d'urgence médicale.
Ainsi sont rapidement passés en revue le diagnostic et le traitement des questions d'urges
se que comprend la pathologie de l'appareil respiratoire, du tube digestif, du système
nerveux, des appareils circulatoires et urinaires, la pathologie des maladies générales
des glandes vasculaires sanguines et des intoxications.

---:---:---:---:---:---:---

DOUZIEME ACTUELLES SUR L'ANATOMIE, LA PHYSIOLOGIE, LA PATHOLOGIE DU CORPS STERIL
monographie de 80 pages en collaboration avec M^r Jean REBOUD LACHAUX, Interne des Hôpitaux
Marseille 1921, Imprimerie Médicale.

Ce travail comprend une étude détaillée de l'anatomie et de la physiologie du corps et
selon les données classiques et les données récentes.
Après une description clinique et anatomopathologique des diverses affections nerveuses
rapportées aux altérations du corps stérile, les auteurs ont tracé un tableau d'ensemble
diverses syndromes moeurs. Ainsi apparaît l'importance des données récentes qui apportent
une lumière nouvelle dans l'étude des troubles de la motilité. Elles doivent en effet
le chirurgien à connaître l'origine des troubles du tonus, de l'agitation rythmique et
rythmique des muscles, des syndromes paroxysmiques. A côté du syndrome pyramidal
et du syndrome cérébelleux se rangent donc désormais les syndromes extra-pyramidaux
dans la production desquels les lésions du corps stérile jouent un rôle important et

---:---:---:---:---:---:---

non exclusif.

Exposé des notions établies par le Professeur VIDAL et ses élèves sur le mécanisme du choc anaphylactique et des chocs en général suivies d'un essai de classification des diverses manifestations colloïdoclasiques étudiées en pathologie.

QUELQUES CARACTÈRES DES CONTRACTIONS ACONIQUES DU MYOCARDE HUMAIN OBSERVÉ SUR LE CŒUR

À NU DE DEUX FŒTUS NON VIABLES

(Communication au Congrès de la Société de Biologie Septembre 1922)

L'auteur a observé au cours d'autopsie précoce de fœtus non viable que le myocarde continuait à se contracter assez longtemps après la mort. Les contractions ont été entretenues autant qu'il a été possible par l'emploi d'un goutte à goutte de sérum physiologique sur la myocarde.

Le caractère sommaire de ces observations (d'ailleurs accidentelles) et la conditions des sujets légitiment les plus grandes réserves dans l'interprétation des faits observés et surtout dans leur comparaison avec les phénomènes de la contraction cardiaque de l'adulte dont les travaux de TANAKA, ASKOFF, KEITH, BLACK, MACKENZIE, THORPE, etc. WEINCKEBACH, VAQUEZ, etc. ont éclairé la physiologie normale et pathologique.

Il importe cependant de retenir quelques éléments de ces constatations tout à fait accidentelles :

1° La persistance pendant plus de trois heures après la disparition de tout signe apparent de la vie des propriétés d'excitation, de contractivité, d'excitabilité du myocarde humain fœtal exposé à l'air et abandonné à lui-même. Quant au pouvoir de conductibilité, tout se passe comme s'il avait disparu avec les signes apparents de la vie.

2° La persistance pour un temps presque aussi long de certains pouvoirs réflexes du système végétatif comme le démontre l'accélération des contractions ventriculaires et auriculaires provoquée par le pincement de la masse intestinale.

3° Les caractères assez nets de l'activité myocardique observés; la marche de la contraction auriculaire que l'on a pu voir (Obs. I) allait de l'oreillette droite à l'oreillette gauche. La marche de la contraction ventriculaire allant du ventricule gauche au ventricule droit dans l'Obs. I.

Les résultats de ces travaux ont été publiés dans la Revue de la Société de la Recherche Scientifique, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 264

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

INFORMES CARACTÈRES DES CONTRACTIONS ACCRÉDITÉES DU MOYEN DE L'ÉTAT EN 1900

NU DE TRU PORTES NON VIBILES

est d'ailleurs possible par l'emploi d'un contre à contre de même physique que

[illegible]

1881

1° La persistance pendant plus de trois heures après la disparition de tout signe
avant de la vie des propriétés d'excitabilité, de contractilité, d'excitabilité du myocarde
et total exposé à l'air et abandonné à lui-même, sans se pouvoir de contractilité.

2° La persistance pour un temps prolongé, dans les conditions habituelles de la vie, d'un état de tension anormale, qui se traduit par une augmentation de la sécrétion de la glande thyroïdienne.

2° Les caractères assez nets de l'activité myocardique observés; la marche de la

4° Les caractères de la dissection sont les suivants :
l'absence de l'oreille et des ventricles ventraux complètes. Il n'y a
pas de ventricule dorsal. Les ventricles latéraux sont très
petits et situés à la base du cerveau.
5° Mais malgré la lenteur des contractions cardiaques, les
contractions myocardiques. De toutes les contractions cardiaques,
les contractions de l'oreille droite ont le plus grand effet.
6° Les contractions de l'oreille gauche ont le plus grand effet.
7° Les contractions de l'oreille gauche ont le plus grand effet.
8° Les contractions de l'oreille gauche ont le plus grand effet.
9° Les contractions de l'oreille gauche ont le plus grand effet.
10° Les contractions de l'oreille gauche ont le plus grand effet.

-1-

3° Chapitre: PATHOLOGIE EXOTIQUE

ASPECTS DES SELLES DANS LES FORMES ATYPIQUES de la DYSENTERIE AMIBIENNE

(En collaboration avec le Docteur BLOCH) (Presse Médicale, 26 Juillet 1917)

Les auteurs ont mis en lumière l'importance des selles de l'amibiase entièrement différenciées des selles dysentériques et ils rangent en deux catégories les selles atypiques observées :

selles avec glaires apparentes, selles sans glaires apparentes.

Selles avec glaire apparentes : En dehors des selles muqueuses ou mucoo-sanglantes où que les glaires nous sont apparues sous les aspects suivants :

1° selles liquides un peu collantes de couleur bilieuse ou jaune ocre avec en suspension des grains muqueux semblables au tapioca bien cuit du volume de 2 à 3 grains conglomérés.

Quand on incline le récipient ces grains transparents glissent sur le fond du vase plus lentement que le liquide qui les noie et font une tache pâle sur le fond coloré.

2° Plus abondant le mucus constitue des glaires translucides de volume variable, glissant dans le liquide aqueux comme de l'albumine d'oeuf cru.

3° Fréquemment et dans les formes prolongées une sérosité verdâtre assez épaisse tient en suspension de nombreux débris muqueux effilochés, souvent enchevêtrés, semblables aux cheveux que forment certaines herbes marines.

4° Le mucus peut être parfois congloméré et donner l'aspect de soupe à l'oeuf ou au vermicelle mélangé de débris bilieux verdâtre.

Quand la selle est plus solide ce dernier type donne l'aspect général d'oeuf brouillé.

Les glaires peuvent être plus abondantes, épaisses, teintées d'une couleur allant du brun caramel au vert doré, translucides ou opaques.

A côté de ces selles dont la glaire fait tout l'aspect, il en est d'autres nettement récaloides, semi-liquides, molles ou même solides et moulées accompagnées d'ilots muqueux un peu sanguinolents émergeant à la surface de la masse fécale, ou de masses vitreuses enrobant le bol fécal normalement moulé.

Un type plus rare mais curieux de selles mélangées de bile, de mucus et de sang nous a parfois donné l'aspect de glace framboise pistache fondue.

ABSTRACT DES SEILLES DANS LES FORMES ATYPIQUES de la DYSPLASIE AMINOISIE
(En collaboration avec le Docteur BLOCH) (Presse Médicale, 22 Juillet 1917)

Les auteurs ont mis en lumière l'importance des seilles de l'amygdale entièrement diti
tes des seilles dysplastiques et l'importance des seilles de l'amygdale dysplastiques
seilles avec glaires apparentes, seilles sans glaires apparentes.
Seilles avec glaires apparentes : En dehors des seilles amygdaliennes ou amygdaliennes
dans les glaires nous ont apparues sous les aspects suivants :

1° seilles lisses ou peu collantes de couleur blanches ou jaunes cote avec en amygdale
des grains nombreux amorphes au toucher plus ou moins de 2 à 5 grains confus
Quand on incline le récipient ces grains transparents glissent sur le fond du vase p
lentement que le liquide qui les porte et font une tâche pâle sur le fond coloré.

2° Plus abondant la masse consistante des glaires translucides de volume variable,
sont dans le liquide adhérent comme de l'albumine d'oeuf cru.

3° Prédominant et dans les formes profondes une adhérence visqueuse, semi
tient en suspension de nombreux débris amygdaliens, souvent enchevêtrés, semi
aux débris qui forment certaines parties marquées.

4° La masse peut être parfois confondue et donne l'aspect de soupe à l'oeuf
ou un vernis blanc mêlé de débris blanchâtres.

Quand la seille est plus solide ce dernier type donne l'aspect général d'oeuf dur
Les glaires peuvent être plus abondantes, épaisses, teintées d'une couleur allant
plus carnée au vert doré, translucides ou opaques.

A côté de ces seilles dont la glaire fait tout l'aspect, il en est d'autres nettem
lisses, semi-lisses, molles ou même solides et moules accommodées d'écailles amygd
un peu saumonées appartenant à la surface de la masse totale, ou de masses vitreuses

appartenant au type idéal amygdalien mouillé.

Un type plus rare mais curieux de seilles mélangées de bile, de mucus et de sang
à parfois donne l'aspect de glaire transmise fongue.

Selles sans glaires apparentes. Nous signalerons ici tout d'abord les caractères des selles dans certains cas avec syndrome cholériforme. La crise cholériforme avec rigidité, pouls misérable, selles incoercibles apparaît parfois au début clinique de l'amblyose.

Parfois selles bouillonnantes, abondantes (5 à 12 litres), faites de liquide pâle gris sale sans aucun débris en suspension, assez chargées en urée (jusqu'à 3 gr. 42). Lorsque cette crise qui peut être fatale, évolee rapidement, une rémission des signes intestinaux se produit avec constipation de selles banales, puis un syndrome dysentérique à évolution prolongée s'installe avec selles abondantes riches en débris mal digérés (1) en débris mal digérés.

En collaboration avec le Docteur Marcel LEBLANC - Annuaire de Médecine 1918, Paris 1900

raître aussi avec tous leurs caractères dans la course de la convalescence d'une amblyose confirmée. Les malades pâles, visage bouffi, ont de la céphalée; des épistaxis fréquentes des myalgies. Leur pouvoir de concentration urinaire en urée est faible. L'étude de la constance d'Amblyose chez nos malades des chiffres élevés, même longtemps après la guérison clinique.

Il est permis de se demander si l'aspect sirupeux, collant, brillant de certaines selles liquides et l'aspect de purée bien liée ne sont pas dus à la présence de mucus incorporé à la selles. Elles sont plus intimes et homogènes. Ces selles très fréquentes chez nos malades ont parfois une teinte jaunâtre ou rose foncée d'amblyose chronique.

C'est un type de selles fréquent dans l'amblyose suraiguë ou elles simulent des selles typiques, ont-elles dans les formes anormalement rapides d'amblyose, au point de vue symptomatique. Quand ces selles sont plus pétales, elles offrent l'aspect de purée de lentilles, ou de pois, ou de crème au chocolat, plus ou moins consistantes.

Plus tardivement ou dans des périodes d'accalmie, la masse fécale devient plus cohérente moelleuse, et sa surface grenue achève la ressemblance qui lui donne son aspect avec la bouse de vache. (Joh. Ritzmann) Certains détails de recherche microscopique notamment sur la bouse de vache.

A côté des formes précédentes, qui semblent parfois se succéder dans un cycle évolutif, il y a des malades qui n'ont jamais eu que des selles d'indigestion, c'est-à-dire liquides, plus ou moins jaunes. Elles sont riches en débris d'aliments non digérés, surtout de légumes à écorces.

Associations pathologiques ou parasitaires rencontrées.
(1) Le chlorhydrate d'émaline accroît particulièrement la quantité de ces selles
(2) Ch. MARTIN. Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux. ARCHIVES des MALADIES DU TUBE DIGESTIF et de la NUTRITION 1918, t. IX n° 10, P. 584-586
teure d'amblyose sans manifestation dysentérique; antécédent d'un abcès du

ne s'agit pas avec des débris d'aliments non digérés, surtout de légumes à racines.
e malade qui n'est jamais en état de saignée d'indigestion, c'est-à-dire l'indigestion, plus
de des tumeurs préexistantes, qui semblent crânes et s'écrouler dans un état épileptique, il y
cours de sa vie. (Top-Hilfmann)

e s'élève, et sa surface grande après la ressemblance qui lui donne son aspect avec
e tardivement ou dans des périodes d'acutisme, la masse résineuse devient plus cohérente
e, ou de l'ordre du chocolat, plus ou moins compactes.
et ces saignées sont plus fréquentes, elles offrent l'aspect de purgés de l'indigestion, ou de

et un type de saignée fréquente dans l'amplicose, surtout on elles simulent des saignées typiques
tantôt une teinte jaunâtre et corporeuse à relief dentelé, tantôt une saignée jaunâtre et
e saignée plus intime et homogène. Ces saignées très fréquentes chez nos malades
indiquent et l'aspect de purgés bien liés ne sont pas dus à la présence de masses ingérées

est permis de se demander et l'aspect amplicose, collant, brillant de certaines saignées
de l'amplicose chez eux donne des chiffres élevés, même longtemps après la guérison clinique
malades. Leur pouvoir de concentration animale en urine est faible. L'étude de la compo-
sition. Les malades pâles, au visage bouffi, ont de la diarrhée; des épistaxis fréquentes
tre aussi avec tous leurs caractères dans le cours de la convalescence d'une maladie

malade, en fait de saignée on ne découvre des saignées. Des crises amplicotiques peuvent appa-
longues et instables avec saignées abondantes riches en sels biliaux (I) en début et à la fin
produit avec coagulation ou saignées biliales, puis un syndrome dysentérique à évolution
le qui peut être latente, évolue favorablement, une rémission des signes intestinaux

Les saignées sont abondantes, abondantes (3 à 4 litres), faites de liquide pale gris
la malade, saignée instable, apparaît parfois au début clinique de l'amplicose.
lles dans certains cas avec syndrome amplicotique. Les crises amplicotiques avec saignées

La publication de ces notes a pour but de donner aux auteurs de recherches anatomiques et physiologiques un aperçu des connaissances actuelles sur les formes d'embryons et de fœtus. Les auteurs de ces notes ont cherché à présenter les données les plus récentes de la science, en tenant compte des travaux des auteurs les plus éminents. Les notes sont divisées en deux parties : la première traite des formes d'embryons et de fœtus, la seconde des formes d'adultes. Les notes sont écrites en français et en anglais. Les auteurs de ces notes sont : M. J. B. (1914-1915) et M. J. B. (1916-1917).

foie; autopsie de forme grave; et suraiguë les lésions coliques et hépatiques
sont décrites à l'aide de photographies très instructives.
Enfin après quelques remarques étiologiques ils traçent exactement les limites de la cure
réglée par la nécessité d'agir fort et vite, de prolonger le traitement et d'éviter
les accidents toxiques ceux-ci étant presque certains quand on dépasse la dose totale
de 1 gramme de chlorhydrate de méline même en un mois et par séries espacées.

L'étude se termine par un énoncé des résultats obtenus avec la cure d'Emetine et avec
les autres médications préconisées.

doit compter.

DONNÉES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES HÉPATITES AMIBIENNES PAR LE CHLORHYDRATE D'EMETINE

D'EMETINE.
(Pratique Médicale Française Avril 1921) page 335 à 343

Ce travail résume avec les recherches personnelles de l'auteur sur la question les
règles du traitement des hépatites amibiennes par le Chlorhydrate d'Emetine.

Il commence par une classification anatomo-clinique des hépatites amibiennes:

LES DONNÉES Congestion du foie et hépatites présuppuratives;

Hépatites suppurées

Hépatites non suppurées.

Insistent sur le fait que toutes les transitions s'observent entre les congestions du foie
et les hépatites suppurées caractérisées; l'auteur pense que la limite du traitement

médical des hépatites aigues amibiennes peut être reculé à l'extrême; ainsi en témoignant

les observations l'abcès du foie guéri par l'Emetine dont la guérison a été contrôlée

par l'autopsie, l'auteur en a publié un cas typique dans la Pratique Médicale.

L'efficacité particulière de l'Emetine contre l'action nérosante de l'amibe histolytique

donne la raison de ces succès dans tous les cas où l'abcès du foie est encore un foyer de

nécrose hépatique pressentes d'origine amibienne.

Le travail comprend ensuite l'exposé des principes du traitement des hépatites amibiennes

Traitement préventif réalisé par la cure précoce, prolongée et émargine de l'amibiase

intestinale.

Le traitement des localisations diverses de l'amibiase doit être précoce,
conduit d'une façon intensive (8 à 12 centigr. par jour au début) mais prudente (ne pas
dépasser un gramme en un mois et laisser au malade qui a atteint cette

[illegible]

L'Union internationale pour l'étude scientifique de l'homme (I.U.S.H.) a été créée en 1924, à Paris, sous l'impulsion de Paul Broca, et a pour but de réunir les efforts des chercheurs de toutes les nations pour l'étude scientifique de l'homme. Elle a été divisée en six sections : 1. Anatomie, 2. Physiologie, 3. Psychologie, 4. Linguistique, 5. Ethnologie, 6. Médecine. La section de psychologie a été créée en 1926, à Paris, sous l'impulsion de Paul Broca, et a pour but de réunir les efforts des chercheurs de toutes les nations pour l'étude scientifique de l'homme. Elle a été divisée en six sections : 1. Anatomie, 2. Physiologie, 3. Psychologie, 4. Linguistique, 5. Ethnologie, 6. Médecine. La section de psychologie a été créée en 1926, à Paris, sous l'impulsion de Paul Broca, et a pour but de réunir les efforts des chercheurs de toutes les nations pour l'étude scientifique de l'homme. Elle a été divisée en six sections : 1. Anatomie, 2. Physiologie, 3. Psychologie, 4. Linguistique, 5. Ethnologie, 6. Médecine.

[illegible]

4° Chapitre - THERAPEUTIQUE MEDICALE de la diète et nous avons rappelé notamment

l'action sur l'appareil circulatoire et la nutrition générale: son action thérapeutique
POUVOIR HEMATOPOIETIQUE DU SERUM DE CHEVAL PREALABLEMENT SAIGNE
(4 observations - Thèse du Dr BETA - Montpellier 1912)

Observations de cas d'anémie post-partum dans lesquelles le nombre des hématies était
tombé aux environs de trois millions et au dessous et l'ingestion par la bouche et en
lavements de 10 cm³ par chaque voie de serum de cheval saigné a ramené en 8 à 10 jours
le nombre des globules rouges au taux normal.

MODIFICATIONS LEUCOCYTAIRES AU COURS DE L'AUTO-HEMATOTHERAPIE

(C.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913 - 5 pages.

Revue Médico-Thérapeutique 1914, n° 1, p. 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

L'auto-hématothérapie pratiquée sur 4 sujets adultes a provoqué régulièrement une hyper-

leucocytose sans modifier la quantité des hématies. Au point de vue qualitatif, les leucocytes
dont le nombre est augmenté sont dans trois cas les myélocytes dans un cas les
lymphocytes. Les formes de transitions sont également assez nombreuses après la fin des

injections les polymorphes reprennent leur taux normal. On peut rapprocher ces modifica-

tions des résultats obtenus par Hamburger et Rouss.

TRAITEMENT DE L'ATROPHIE

Revue Médico-Thérapeutique 1914 - en collaboration avec Mr le Professeur ALEZIS)

De travail résume les données essentielles du traitement de l'atrophie par l'étude des
règles d'hygiène alimentaire et des moyens de combattre la dénutrition qui sont les bases

du traitement. Il précise grâce aux recherches anatomo-pathologiques des auteurs l'utilité

de la médication opothérapique. Notamment de l'opothérapie thyroïdienne déjà employée avec

quelques notions actuelles sur l'utilisation des corps radio-actifs en médecine interne

(Sud-Médical Page 1.516-1.519 16 Février 1921)

Ce travail est un exposé des essais thérapeutiques tentés en médecine interne avec le radium

et le mésotérium. Pour le radium nous avons étudié d'abord les techniques employées puis l'action physiologi-

que et l'action thérapeutique du médicament. Nous avons énuméré ensuite les résultats
observés dans les rhumatismes, les névralgies, la bacillose pulmonaire et quelques affections
diverses. L'auteur ont démontré que cette dose était la limite de l'emploi de l'émulsion n°

(4 observations - Thèse du Dr GATA - Montpellier 1915)

pour le mésothorium le plan d'étude a été le même et nous avons rappelé notamment
l'action sur l'appareil circulatoire et la nutrition générale; son action thérapeutique
dans le rhumatisme gonococcique, les rhumatismes déformants et diverses autres affections
avant à démontrer cette accumulation.

En effet, RECHERCHES SUR L'ELIMINATION URINAIRE CHEZ L'HOMME, L'ACCUMULATION, par le
chlorhydrate de l'EMPLOI THERAPEUTIQUE du CHLORHYDRATE d'EMETINE

D'Arhard qui s'élevait pendant le traitement et restait élevée au même niveau après
Notes sur l'emploi du Chlorhydrate d'Emetine
(Paris Médical, 13 Octobre 1919) l'alcaloïde ne prolongeait et ne conservait quand

Notes sur l'Elimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme
(En collaboration avec RIBON)
L'étude de C.R. Société de Biologie, 10 Novembre 1917, Page 830)

Notes sur l'emploi de certains réactifs pour la recherche de l'émétine dans l'urine
L'Homme
(C.R. Société de Biologie, 13 Avril 1918, P. 315)

L'Elimination urinaire de l'émétine après l'injection intra-veineuse de chlorhydrate
(Sté de Biologie 4 Avril 1920)

La toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émétine
(Société Médicale des Hôpitaux, 4 Mai 1920) de l'émétine
(Gazette des Hôpitaux 4 Août 1920)

Après de longues et très simples injections
Au cours d'études cliniques et de recherches biochimiques poursuivies pendant 5 ans l'
Il a été possible surtout d'établir que l'émétine est éliminée
à établi divers points importants touchant à l'emploi du chlorhydrate d'émétine en th
médicament.
tique humaine.

Après infection hypodermique l'
L'émétine préconisée pour la première fois huit ans avant la guerre était en 1914
et prolongée. Un sujet ayant reçu en 1906 0,45 gr. de l'émétine, il a décrit dans
un médication sur la posologie duquel les notions étaient vagues et surtout dont la
encore de l'alcaloïde et généralement par la dose de 0,5 gr. de l'émétine.
toxicité chez l'homme était à peine soupçonnée. Les manifestations de cette toxicité
hypodermique. De premier ordre il a été constaté que les accidents
avaient été en effet rarement observés et le mécanisme de la production des accidents
confirmé par d'autres recherches. Les accidents toxiques étaient encore inconnus.

Dans un travail publié en Octobre 1917 (Paris Médical) l'auteur a rapporté les résultats
de l'observation de 220 dysenteries amibiennes traitées par l'émétine. Il a décrit dans
certains cas, des accidents toxiques dus à l'émétine. Il a vérifié
nation chimique irrégulière et prolongée du chlorhydrate d'émétine. Il a alors l'élimi-
par les faits annoncés l'importance de l'hypothèse de Dalimier sur la dose toxique d'é-
nation urinaire du chlorhydrate d'émétine après injection intra-veineuse. Cette étude
tine pour l'homme. 1 gramme dose maximale de sécurité avait dit Dalimier, les faits rappor-
confirma entièrement les conclusions de Dalimier montrant que l'émétine est éliminée
tés par l'auteur ont démontré que cette dose était la limite de l'emploi de l'émétine m-
et le mode d'administration et très prolongée (1923)
si elle était atteinte en un mois et par séries espacées.

BOGDANOVICH, RUS I 'KLIMATIION UPRIVLJENJE CHES I 'HOMES I 'ACQUACULTURE

5. TOPIQUE et I'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE du CHLORHYDRATE d'AMITRIPTILINE

... sur l'emploi du Chlorhydrate d'Éthylène

(Paris Modanol, 13 Octobre 1917)

se sur l'elimination urinaire du chlorhydrate d'emetine chez l'homme

C.R. Académie de Biologie 10 Novembre 1917. Page 830

se sur l'emploi de certaines méthodes pour la recherche de l'activité dans l'usage

U.S. National Archives and Records Administration
1666 Randolph Blvd., N.W., Atlanta, Georgia 30336
Telephone: (404) 527-9000
Fax: (404) 527-9001
Internet: <http://www.archives.gov>

L'indication principale de l'émission est la "réaction à l'émotion".

(Eficacia de la vacuna A y B en el control de la enfermedad)

existait et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'hydroxy

(Booth's Building & Lot 180)

(Gazette des Etablissements de l'Etat)

COPIES OF THIS REPORT ARE AVAILABLE FROM THE NATIONAL ARCHIVES AT COLLEGE PARK, MARYLAND 20740

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific information required.

... and to give a full and complete account of the same.

... If you have any more information, please contact me at 1-800-368-7262.

1. The first step is to identify the problem or goal. This involves understanding the current situation and what needs to be achieved.

10-10-68

.....

SECRET

.....

Cette étude clinique des phénomènes toxiques avait également conduit l'auteur à considérer comme certaine l'accumulation de l'émétine chez l'homme considérée comme probable par Dalimier. Un phénomène intéressant avait même été observé au début de nos recherches tendant à démontrer cette accumulation.

En effet, l'étude de l'élimination urinaire pratiquée chez des malades traités par le chlorhydrate de motine avait révélé des modifications intéressantes de la constance d'Amard qui s'élevait pendant le traitement et restait élevée ou s'élevait encore après la fin de la cure, comme si l'action de l'alcaloïde se prolongeait et se renforçait quand on avait arrêté toute injection d'émétine.

L'étude de l'élimination urinaire de l'émétine chez l'homme fut alors entreprise systématiquement. Cette étude comme celle de l'action de l'émétine sur les fonctions rénales n'avait jamais été faite. Elle sera. Après de longs mois de patientes recherches et l'observations prolongées de plus de 40 sujets dans les urines desquels l'émétine a été quotidiennement recherchée et dosée, les résultats obtenus ont été les suivants :

Il a été possible de préciser l'emploi des réactifs de l'émétine et la technique d'un procédé de dosage très simple dans l'urine de l'homme.

Il a été possible surtout d'établir le mode d'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme.

Après injection hypodermique l'émétine s'élimine dans l'urine selon le mode discontinu et prolongé. Un sujet ayant reçu en 8 jours 0.48 mgr. de chlorhydrate d'émétine élimine encore de l'alcaloïde et généralement par à coups 60 jours après la dernière injection hypodermique. Ce premier résultat (10 Novembre 1917) nous a paru devoir être absolument confirmé par d'autres recherches. Les nodules sous cutanés fréquents et très persistants après les injections hypodermiques de chlorhydrate d'émétine pouvait à la rigueur être considéré comme la cause d'une accumulation mécanique analogue à celle des produits mercuriels dans certains nodules intra-musculaires; ces nodules auraient provoqué ainsi le rythme d'élimination urinaire irrégulier et prolongé que nous observons. L'auteur étudia alors l'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine après injection intra-veineuse. Cette étude confirma entièrement les précédentes recherches démontrant que l'émétine s'éliminait bien selon le mode discontinu et très prolongé (1918)

L'étude clinique des phénomènes toxiques avait également conduit l'auteur à conclure
 que certains phénomènes toxiques de l'empoisonnement de l'homme considérés comme probables
 étaient. Un phénomène intéressant avait même été observé au début de nos recherches
 et à déceler cette accumulation.
 L'étude de l'élimination urinaire des principes actifs des médicaments par le
 système de mesure de la modification des modifications intestinales de la substance
 qui s'effectuait pendant le traitement et restait élevée ou s'élevait encore après
 la fin de la cure, comme si l'action de l'absorption se prolongeait et se renforçait pendant
 la période d'absorption de l'urine.
 La détermination urinaire de l'absorption de l'urine fut alors entreprise systématiquement.
 Cette étude comme celle de l'action de l'absorption sur les fonctions rénales n'avait
 été faite. Après de longues notes de patientes recherches et d'observations
 de plus de 40 sujets dans les années dernières l'absorption a été systématiquement
 et dosée. Les résultats obtenus ont été les suivants :
 Il est possible de préciser l'effet de l'absorption de l'urine et la technique d'un
 de dosage très simple dans l'urine de l'homme.
 Il est possible surtout d'établir le mode d'élimination urinaire du chlorhydrate d'atropine
 d'après les données de l'absorption.
 L'injection hypodermique d'atropine dans l'urine selon le mode décrit ci-dessus
 donne. Un sujet ayant reçu en 8 jours 0,48 mgr. de chlorhydrate d'atropine élimine
 de l'absorption et généralement par 2 ou 3 jours 60 jours après la dernière injection
 urinaire. Ce premier résultat (10 novembre 1917) nous a paru devoir être absolument
 confirmé par d'autres recherches. Les modules sont entassés fréquemment et très persistants
 les injections hypodermiques de chlorhydrate d'atropine peuvent à la rigueur être considérées
 comme une accumulation mécanique analogue à celle des produits mercurels dans
 les modules inter-musculaires; ces modules seraient ainsi le résultat de l'élimi-
 nation irrégulière et prolongée que nous observons. L'auteur décrit alors l'élimi-
 nation du chlorhydrate d'atropine après injection intra-veineuse. Cette étude

Savignac et Alivisatos ont retrouvé en 1920 le même mode d'élimination urinaire?

Grâce aux données ainsi établies et à l'expérience ~~ainsi~~ acquise par l'étude de 500 cas d'ami blase traités par l'auteur sur le front français il a été possible d'établir une posologie méthodique du chlorhydrate d'émétine assurant le maximum d'action (car la cure énergique ~~et prolongée~~ est indispensable et évitant les accidents toxiques, dans un traitement dont l'application prolongée est un principe essentiel.

Ces principes ont été ceux qu'ont établi par ailleurs Monsieur le Professeur CHAUFFARD

MM. GOUZIE, DOPFER, ont à la Sté de Thérapeutique en 1919. Ils ont été récemment confirmés dans la discussion de notre rapport au Congrès National Colonial de la Santé (Marseille 1921). L'ensemble des travaux ainsi résumés paraît donc avoir contribué utilement à éclairer les caractères et à établir les règles d'emploi d'un des médicaments actifs de la thérapeutique moderne.

100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000